Rok XLIX. Kraków, dnia 29 stycznia 1910. Nr 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Kliniczne znaczenie odruchu sercowego Abramsa

podał

Dr Leon Żuławski,

Dyrektor szpitala powszechnego w Gorlicach.

Wielokrotnie znajdujemy się w bardzo trudnem położeniu wobec rodziny chorego, a nawet wobec ordynującego lekarza, zasięgającego naszej rady w niedomodze serca znaczniejszego stopnia, gdy przedewszystkiem zachodzi pytanie, czy dany stan chorego jest beznadziejny, czy też da się jeszcze nad nim zapanować.

Na wstępie informują nas, że chory zażywał już wszelkie możliwe środki moczopędne i sercowe, ale bez skutku. Zastajemy chorego o twarzy bladej, pokrytej potem; spojówki z odcieniem żółtaczkowym, uszy, koniec nosa i wargi sinawe; ręce obrzękłe, zimne, palce sine, tętno przyspieszone, małe, nieregularne, przepuszczające, obrzęki zajęły stopy, łydki, uda i brzucch; wątroba znacznie powiększona i bardzo bolesna; oddychanie znacznie przyspieszone z uczuciem trwogi, przerywane napadami duszności; mocz w skąpej ilości, wysycony, z obfitym osadem; osłuchiwanie serca prawie niemożliwe, opukując stwierdzamy znaczne rozszerzenie stłumienia; osłuchiwanie płuc, bardzo utrudnione, wykazuje rzężenia, przemawiające za obecnością obrzęku i przekrwienia płuc; słowem znajdujemy stan rozpaczliwy i mamy rozstrzygnąć, czy ten tak osłabiony mięsień sercowy może jeszcze przy odpowiedniem leczeniu wrócić do takiej sprawności, ażeby zdołał wyrównać zaburzenie w krążeniu. Nie zawsze można odpowiedzieć wymijająco; często sami sobie musimy dać pewną odpowiedź, zważywszy, że celem zapanowania nad stanem chorego należy nieraz zastosować środki, które w danym razie mogą być przez rodzinę uważane za zbyt energiczne, jak np. znaczny upust krwi celem zwolnienia pracy prawej komórki lub bardzo liczne nacięcia obrzęków. Przy prawdopodobieństwie dobrego wyniku postępowanie nasze nabierze pewności z pożytkiem dla chorego.

W powyżej opisanym stanie ciężkiej asystolii nie można oprzeć się jedynie na wywiadach, to znaczy uzależnić rokowania od tego, czy dany stan asystolii występuje po raz pierwszy, czy po raz wtóry lub trzeci. Również przedmiotowe dane, uzyskane wedle stosowanego dotychczas klinicznego badania, nie dają, nawet pomimo znacznego osobistego doświadczenia, żadnej pewności.

Te trudności rokowania w niedomogach sercowych skierowały uwagę mą ku studyowaniu odruchu sercowego celem zastosowania zachowania się tego odruchu do ocenienia stanu mięśnia sercowego w hyposystolii i asystolii.

Ponieważ nie wiem, czy wogóle istnieją w piśmiennictwie polskiem jakie prace o odruchu Abramsa, zestawię w krótkości spostrzeżenia obcych autorów nad odruchem sercowym, jakoteż swoje badania, przeprowadzone na licznym materyale szpitalnym i prywatnym.

W roku 1901 zwrócił Abrams (w czasopiśmie »Med. Record.« 5. Jan.) uwagę na odruchowe zmniejszanie się stłumienia serca pod wpływem mechanicznego podrażnienia okolicy serca; objaw ten wyzyskał Abrams do różniczkowania rozszerzenia serca od wysięków osierdziowych. Nazwany odtąd odruchem sercowym Abramsa, objaw ten nie zdołał wzbudzić takiego zajęcia, ażeby wszedł w stały zapas klinicznych sposobów badania serca, aczkolwiek późniejsze poszukiwania Heitlera we Wiedniu (Über reflekt. Pulserregung. Central. f. inn. Medic), a Merklena i Heitza w Paryżu rozszerzyły już znacznie zakres znaczenia tego objawu w patologii chorób sercowych.

Jeżeli przez kilka chwil drażnimy skórę okolicy serca, czyto przez tarcie kawałkiem gumy do wycierania, czy zapomocą klepania łokciowym brzegiem zgiętej ręki lub nawet przez mocne pukanie, to zauważymy, że prawie bezpośrednio potem występuje lekkie zaczerwienienie skóry w tem miejscu. Opukując wtedy granicę poprzednio naznaczonego kolorowym ołówkiem stłumienia sercowego, spostrzegamy, że granica ta przesunęła się łukowo ku dołowi i wewnątrz, czyli że stłumienie serca zmniejszyło się. To zmniejszenie się stłumienia występuje przeważnie w kierunku poprzecznym od lewej strony ku prawej i to tak w zakresie bezwzględnego, jak i względnego stłumienia. W zakresie stłumienia bezwzględnego, czyli małego, jest odruch Abramsa wybitniejszy i zmniejszenie stłumienia wynosi od lewej strony zwyż 1 cm. U zdrowych odruch trwa krótko, zwyczajnie 2 minuty, natomiast w stanach chorobowych serca trwa dłużej, nieraz przeszło godzinę. Liczne badania moje odruchu Abramsa u zdrowych potwierdziły spostrzeżenia Merklena i Heitlera, że odruch ten wykazać można u każdego zdrowego zupełnie człowieka. Nie u wszystkich odruch ten jest jednakowy; zależy to od wieku badanego, od jego wrażliwości, oraz od mniej lub więcej

rozwiniętych mięśni klatki piersiowej. U dzieci i wątłych a wrażliwych kobiet odruch występuje wybitniej, aniżeli u silnie zbudowanych mężczyzn z dobrze rozwiniętymi mięśniami. Heitler wykazał, że odruch sercowy Abramsa można wywołać, drażniąc skórę innych okolic ciała, jak okolicy wątroby, dalej, że także drażnienie błon śluzowych, stawów, np. przy zginaniu i wyprostowywaniu kończyn, wywołuje odruch Abramsa. Równocześnie zrobiono spostrzeżenie, że występuje zwolnienie albo przyspieszenie tętna zależnie od tego, czy tętno było przyspieszone lub zwolnione, jako objaw odruchowego zadrażnienia nerwów naczynioruchowych. Schott z Nauheim, tłómacząc skuteczne działanie kąpieli w chorobach serca, wykazywał powstawanie odruchu sercowego po kąpielach słonych i gazowych. Te liczne bodźce, zapomocą których można wywołać odruch Abramsa, wskazują, że objaw Abramsa jest odruchem na zadrażnienie nerwów czuciowych ciała.

Abrams dowiódł zapomocą badania odruchu sercowego na ekranie przyrządu Röntgena, że zmniejszenie się stłumienia sercowego powstaje wskutek odruchowego wzmożenia się skurczu serca oraz rozszerzenia się brzeżnych części płuca w następstwie odruchowego pogłębienia wdechu. Zmniejszenie się stłumienia sercowego głównie w poprzecznym kierunku wskazuje na to, że głównie prawa komórka serca ulega wzmożonemu skurczeniu się.

Zaznaczyć należy, że niewyjaśnioną dotąd w przebiegu tego odruchu pozostała sprawa zachowania się koniuszkowego uderzenia serca, które nie zmienia swego położenia, aczkolwiek wobec powyższego tłómaczenia powinnoby zmienić swe położenie. Merklen widzi w tem dowód, że odruch zależy głównie od zmian w objętości prawej komory, dodaje jednak, że ostatecznie tylko badania radioskopowe mogą wyświetlić tę wątpliwość.

Badając odruch sercowy w głębokiem uśpieniu, stwierdzałem brak jego jedynie w bardzo głębokiem uśpieniu, graniczącem z zamartwicą, zresztą zawsze odruch występował; w danym razie możnaby przy bardzo głębokiem uśpieniu w niepewności kierować się zachowaniem się odruchu Abramsa.

Przechodząc do stanów chorobowych serca, zaznaczam, że tylko w pewnych chorobach spotykamy stały brak odruchu sercowego, jak w wysiękach osierdnych i w zrostach osierdzia; zresztą odruch sercowy zazwyczaj istnieje, a jeżeli go brak chwilowo lub stale, to jest to *malum omen* i wskazuje na chwilowe lub stałe zmniejszenie pobudliwości i kurczliwości mięśnia sercowego. W znacznych stopniach rozedmy płuc, gdy wskutek wydęcia brzeżnych części płuca stłumienia bezwzględnego nie można opukiwaniem oznaczyć, można stwierdzić odruch sercowy w zakresie względnego czyli wielkiego stłumienia.

Z pilnej obserwacyi odruchu sercowego, z jego zachowania się, można w ostrych chorobach gorączkowych wyciągnąć pewne wskazówki rozpoznawcze. Jak wiemy, u zupełnie zdrowych odruch ten trwa krótko i zakres jego jest stosunkowo niewielki, $1-1^1/_2$ cm. Przeciwnie przy rozszerzeniach serca czas trwania odruchu przedłuża się znacznie, również zwiększa się jego zakres. Na podstawie tych dwu właściwości odruchu sercowego w stanie zdrowia i w stanie chorobowym serca można wcześnie już rozpoznać ostre rozszerzenie serca w takich chorobach gorączkowych, jak zapalenie płuc włóknikowe, w ostrym gośćcu stawowym itd. Badając w ostrych sprawach chorobowych codziennie odruch Abramsa, jego zakres i czas trwania, zauważyłem kilkakrotnie nagłą zmianę, którą tłómaczyła późniejsza obserwacya, wykazująca objawy rozszerzenia i osłabienia serca.

W przewlekłych wadach serca w stanie hyposystolii, gdy u chorych, u których odruch sercowy wobec istniejącego rozszerzenia był wybitny, odruch ten nagle znacznie słabnie lub nawet znika zupełnie; wskazuje to na przejście hyposystolii w ciężką asystolię i rokowanie nasze czyni poważniejszem. Przy braku odruchu w hyposystolii serca nie możemy jednak rokować stanowczo źle, ponieważ zdarza się, że pomimo braku odruchu zdołamy pokonać asystolię, że serce przy odpowiedniem leczeniu wyrównywa zaburzenia krążenia, poczem wraca i odruch. Brak odruchu był tu chwilowy, zależny od chwilowego osłabienia pobudliwości i kurczliwości serca. Gdyby w ciężkiej asystolii brak odruchu był stałym, nie zdołalibyśmy podnieść siły mięśnia sercowego i wyrównać zaburzenia krążenia.

Ponieważ niepodobna oznaczyć, czy brak odruchu Abramsa w ciężkiej asystolii jest chwilowym, czy też stałym, nie możemy stanowczego rokowania opierać na braku odruchu.

Natomiast w obecności żywego odruchu mamy pewny znak prognostyczny w ocenieniu ciężkich stanów asystolii serca. Wielokrotnie kierowałem się tym objawem w rokowaniu w niedomodze sercowej i zawsze tam, gdzie odruch Abramsa był wybitny, osiągałem — bez względu na inne objawy, obciążające rokowanie, — wyrównanie asystolii. Ilekroć w ciężkiej asystolii serca spostrzegałem, że po zadrażnieniu okolicy serca stłumienie bezwzględne zmniejszyło się o 1 cm lub więcej, tylekroć rokowałem dobrze co do możliwości wyrównania się czynności serca przy odpowiedniem leczeniu. Czasami były to przypadki rzeczywiście rozpaczliwe.

I tak, w czerwcu zeszłego roku zostałem wezwany do przypadku niedomykalności zastawki dwudzielnej na naradę lekarską. Lekarz ordynujący, jakoteż poprzednia narada z innym lekarzem orzekła, że stan jest beznadziejny; stosowano już wszystkie środki moczopędne i sercowe bez skutku. Chora była w stanie ciężkiej asystolii. Zastałem stan następujący. Chora siedzi, nie może się położyć, twarz blada, pokryta zimnym potem, sinica obu małżowin usznych, nosa, warg, obrzęk przedramion, rąk, sinica palców, obrzęk stóp, goleni, obu ud, części płciowych zewnętrznych, skóry brzucha, znaczna puchlina brzuszna i opłucna, oddechy przyspieszone, przerywane nagłą dusznością i kaszlem, nad klatką piersiową wszędzie rzężenia, stłumienie sercowe bardzo powiększone, czynność serca przyspieszona, tony głuche, tętno małe, nikłe, przeszło 120 na minutę. Brzuch w okolicy wątroby bardzo bolesny, wątroba dość znacznie powiększona, moczu mało; mocz zawiera białko i wiele osadu. Stan ten upoważniał do złego rokowania; pomimo tego po długiem badaniu orzekłem ku wielkiemu zdziwieniu lekarza ordynującego, że istnieje prawie pewność wyrównania się tej tak ciężkiej asystolii. Rokowanie to oparłem na obecności bardzo wybitnego odruchu Abramsa. Zauważyłem w czasie badania chorej, że już po mocnem opukiwaniu przesunęła się granica stłumienia o $1^1/_2$ cm. Świadomość tego, że serce przy takiem zaburzeniu krążenia tak żywo oddziaływa, upewniła mnie w przekonaniu, że zmiany mięśnia sercowego nie mogły być tego rodzaju i stopnia, ażeby przy odpowiedniem leczeniu mięsień ten nie mógł wrócić do

potrzebnej sprawności. Po zastosowaniu upustu krwi przez postawienie 20 pijawek uzyskałem w stosunkowo krótkim czasie zupełne wyrównanie zwykle używanymi środkami sercowymi. Chora ta dotąd żyje.

Podobne kilkakrotne spostrzeżenia upoważniają mnie do twierdzenia, że dokładne badanie odruchu Abramsa w stanach hyposystolii i asystolii serca może dać cenne wskazówki dla rokowania i leczenia tych stanów. Przy badaniu odruchu Abramsa w stanach chorobowych serca należy obok badania stłumienia serca zwrócić uwagę i na zachowanie się poprzednio oznaczonego stłumienia wątroby, które również, jakkolwiek w mniejszym stopniu, okazuje odruchowe zmniejszenie, jeżeli wątroba wskutek zastoju jest znaczniej powiększona. Zmniejszenie to uwydatnia przesunięcie się tak górnej, jak i dolnej granicy stłumienia.

Stały brak odruchu Abramsa spotkał Merklen w asystolii zwyrodniałego mięśnia sercowego w następstwie stwardnienia tętnic wieńcowych. W jednym ze swoich przypadków stwierdził on nieznaczne pomniejszenie się odruchowe stłumienia, które często zupełnie nawet nie występowało. Chory ten zmarł po kilku miesiącach niedomogi ze znacznymi obrzękami, a badanie pośmiertne stwierdziło zwężenie (arteriitis obliterans) tętnic wieńcowych. Uporczywy brak lub znaczne zmniejszenie odruchu wskazuje na głębokie zmiany mięśnia sercowego i upoważnia do bardzo złego rokowania.

Obok przypadków zwyrodnienia mięśnia sercowego spotykamy się z trwałym brakiem odruchu Abramsa, jak wyżej już wspomniałem, w wysiękach osierdnych i zrostach osierdzia. Sam Abrams zwrócił uwagę na znaczenie braku odruchu przy wysiękach. Zrozumiałem jest, że tylko wtedy nie wywołamy przy wysiękach osierdnych odruchu Abramsa, gdy obfity wysięk pokrywa serce zupełnie, tak, że nie przylega ono do ściany klatki piersiowej. Przy małych ilościach płynu należy badać chorego siedzącego, lekko ku przodowi pochylonego; w przeciwnym razie można popełnić omyłkę. Zmienność odruchu, raz obecność jego, drugi raz brak, będzie najpewniejszym dowodem, że w worku osierdziowym znajduje się płyn.

Merklen i Heitz zauważyli stały brak odruchu sercowego przy zrostach osierdzia, szczególnie w ich najważniejszej z klinicznego stanowiska postaci, mianowicie przy zrostach zewnętrznych. Przy zrostach osierdzia należy z uwagi na rokowanie odróżniać przypadki proste, w których istnieje jedynie zrost blaszek osierdzia, co stosunkowo mało upośledza czynność serca, — od przypadków, w których zrosty łączą worek osierdziowy z całem śródpiersiem przedniem. Wtedy w następstwie zrostu osierdzia z tchawicą, z przełykiem i ze ścianą klatki piersiowej serce pozostaje w stałem rozszerzeniu i zdolność kurczenia się serca jest bardzo ograniczona. W pierwszych przypadkach t. j. zrostu blaszek, można jeszcze dosyć często napotkać odruch sercowy, natomiast w drugich nigdy. Stały brak odruchu Abramsa wraz z wykazaniem wielkiego stłumienia bezwzględnego serca stanowi zbiór objawów, na podstawie którego z wszelką prawie pewnością można rozpoznać zrosty osierdzia z otoczeniem.

Dotychczasowe spostrzeżenia doprowadziły mnie do wniosku, że kliniczne badanie odruchu Abramsa może w wielu przypadkach dać cenne wskazówki i że w żadnym przypadku badania tego odruchu pominąć się nie powinno.

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala krajowego w Sarajewie.

Kilka uwag o kiłowych schorzeniach narządu krążenia.

Skreślił

Prof. Dr L. Korczyński.

Ciekawych szczegółów dostarczyło drobnowidowe badanie serca.

W świeżych preparatach dostrzeżono zwyrodnienie tłuszczowe włókien mięsnych; zwłaszcza w lewej komorze było ono bardzo znaczne. Nadto okazywały włókna z ogniska rozmiękczynowego znamiona obumarcia. W preparatach barwionych, sporządzonych ze stwardnionych skrawków, uderzały już na pierwszy rzut oka zmiany w naczyniach. Przez porównanie preparatów, pochodzących z różnych miejsc mięśnia, można było wprost śledzić kolejny postęp tych zmian. Najdawniejsze cechował zanik właściwych ścian naczyń; miejsce ich zajęła tkanka łączna. W okresie wcześniejszym okazywały naczynia przedewszystkiem zgrubienie warstwy środkowej, a w niej naciek drobnokomórkowy; warstwa wewnętrzna przeważnie nie okazywała zmian. W bardzo tylko niewielu miejscach znajdują się w niej zgrubienia, ściśle zresztą ograniczone.

Podłużny przekrój takiego naczynia przedstawia ryc. 1. Na przekrojach poprzecznych spotkać się można dość często z zupełnem zamknięciem naczynia, światło jego wypełnia tkanka włóknista, wśród której widać jeszcze tu i owdzie jądra komórek.



Ryc. 1. Podłużny przekrój naczynia.

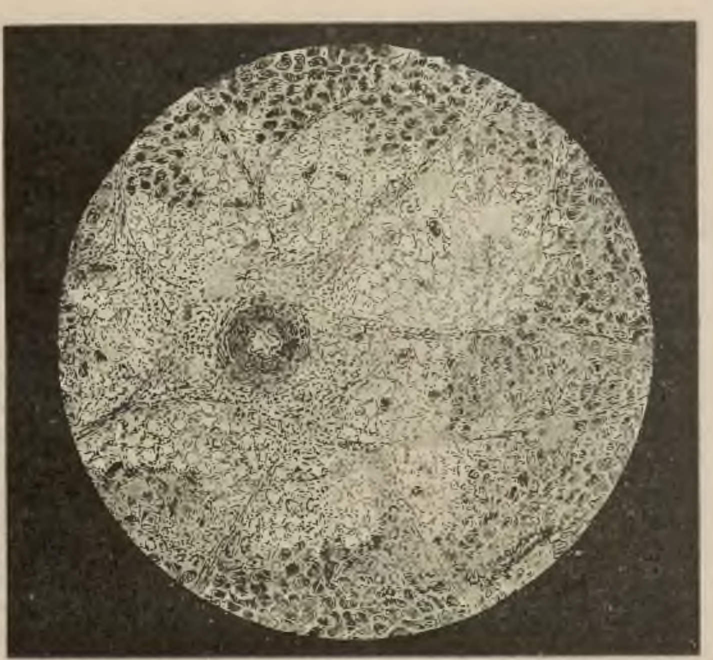
a) Zgrubiała warstwa środkowa, *b)* warstwa zewnętrzna, *c)* przerosła błona wewnętrzna, *d)* tkanka mięsna.

Naciek drobnokomórkowy.

W tej części serca, w której znaczny stosunkowo obszar uległ obumarciu, znajduje się bardzo wiele takich zamkniętych naczyń; inne okazują zwyrodnienie włókniste.

Ryc. 2 przedstawia obraz zmian w naczyniu, przeciętem poprzecznie. Bardzo wyraźnie widać tu zgrubienie warstrwy mięsnej, pofałdowanie i pomarszczenie warstwy wewnętrznej.

W otoczeniu naczyń chorych widoczny jest wszędzie wtórny rozrost tkanki łącznej i zanik włókien mięsnych.



Ryc. 2. Poprzeczny przekrój naczynia ze znacznie zgrubiałą warstwą środkową *a*), *b*) okołonaczyniowa tkanka łączna z obfitym naciekiem komórkowym, *c*) zwyrodniała tkanka mięsna, *d*) tkanka mięsna prawidłowa.

Wszędzie obfity naciek drobnokomórkowy.

Jeśli już na podstawie ogólnego obrazu zmian w zakresie narządu krążenia, dostrzeżonych przy sekcyi, ze znacznem prawdopodobieństwem można było skłaniać się do przypuszczenia, że zmiany w układzie naczyniowym są wypływem przebytej kiły, to w przypuszczeniu tem utrwalają jeszcze bardziej zmiany, stwierdzone przez badanie drobnowidowe. Wykazuje ono, że w naczyniach wieńcowych nie ma właściwej miażdżycy, odznaczającej się, jak powszechnie wiadomo, z jednej strony zanikiem warstwy mięsnej, a bujaniem warstwy środkowej, z drugiej zaś t. zw. wstecznemi przemianami. Przeciwnie, w naczyniach, gdzie sprawa znajduje się jeszcze w rozwoju, rzuca się wprost w oczy zgrubienie środkowej części ściany naczynia, a równocześnie jakby kurczenie się, bliznowacenie warstwy wewnętrznej. Zupełnie więc słusznie mówić można w tym przypadku o »mesarteriitis chronica« w pojęciu Hellera i Doehlego oraz późniejszych badaczy i tak samo, jak oni to czynili, przyjmować za istotę tego zapalenia tło kiłowe.

W opisanem spostrzeżeniu mamy typ przypadków ze zmianami, posuniętemi już bardzo daleko i zajmującemi znaczne obszary układu naczyniowego. Właściwe ocenienie przyrody schorzenia ma tu znaczenie raczej tylko teoretyczne. Chory nic przez to nie zyskuje, bo leczenie, nawet najenergiczniejsze, nie może przynieść żadnej korzyści. Inaczej dzieje się wtedy, kiedy mamy przed sobą chorych w okresie wcześniejszym, u których zmiany nie są jeszcze nazbyt wielkie. U nich liczyć jeszcze można na poprawę, mieć nadzieję, że dalszy rozwój choroby uda się powstrzymać. I względnie nie tak rzadko przydarzają się wśród chorych z objawami przewlekłego zapalenia serca przypadki, w których po leczeniu zapomocą soli jodowych nastaje znaczna poprawa. Nie we wszystkich zapewne wolno wprost rozpoznawać tło kiłowe, często brakuje po temu dostatecznych podstaw, ale są jednak takie, gdzie za tem tłem przemawia bardzo wiele szczegółów. Do rzędu takich przypadków byłbym skłonny zaliczyć trzy spostrzeżenia, leczone w ciągu ostatnich dwóch lat (1908—1909) na moim oddziale.

I. Zuhdija R., lat 53, wyznania mahometańskiego, woźny, rodem z Maglaju w Bośnii, zamieszkały w Sarajewie.

Przed 8 laty przebył kiłę, na którą leczył się w tutejszym szpitalu. Od lutego 1908 przypadłości sercowe znacznego stopnia. Najbardziej dokuczają choremu napady bicia serca i duszności, połączone z uczuciem lęku i z bolami w okolicy serca. Duszności doznaje zresztą już od dość dawna; w ostatnich latach wzmogła się ona do tego stopnia, że chory nie może prawie chodzić. Od czasu do czasu pojawiają się wymioty. Z początku leczył się chory poza szpitalem. Ale cały szereg leków sercowych, jak nie mniej przetwory kofeiny i teobrominy, nie wywierały żadnego skutku. Do szpitala wstąpił 10. lipca 1908.

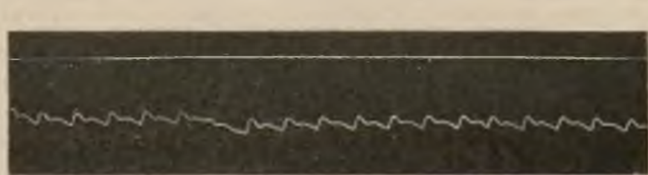
Stan obecny. Mężczyzna dobrze zbudowany, miernie odżywiony. Skóra i błony śluzowe, dostępne badaniu, bardzo blade. Na wystających częściach ciała sinica. Gruczoły karkowe w przegubach łokciowych, w pachwinach twarde. Na skórze grzbietu i ramion płytkie blizny, w części zupełnie odbarwione. Okostna kości piszczelowych, zwłaszcza po stronie prawej, wyraźnie zgrubiała, przy opukiwaniu młotkiem tej okolicy kości doznaje chory bolu.

Czaszka symetryczna, powierzchnia kości gładka, porost włosów bardzo skąpy. Język gładki, wyraźny zanik brodawek. Podniebienie zmian nie okazuje, błona śluzowa gardła połyskująca, ścieńczała.

Klatka piersiowa symetryczna, dość jeszcze podatna, rozszerza się przy wdechu dostatecznie. Drżenie klatki piersiowej w okolicy między łopatkami wzmożone. W temże miejscu bębenkowo — przytłumiony odgłos opukowy, słaby chuchający wdech i wydech. Nad resztą płuc odgłos opukowy jawny, szmery oddechowe wyraźnie zaostrzone, od czasu do czasu furczenia i gwizdy. Kaszel mierny; plwocina nieżytowa.

Uderzenie serca rozlane, uderzenie końca serca w VI międzyżebrzu, poza linią sutkową. Obszar stłumienia większy od prawidłowego, przedewszystkiem w wymiarze osiowym. Nad rękojeścią mostka ograniczone przytłumienie, sięgające prawie do dołka jarzmowego.

Na końcu serca miękki skurczowy szmer. Zresztą wszędzie słabe, głuche tony. W dołku jarzmowym tętnienie.



Ryc. 3 a). Tętno sprychowe po stronie prawej.



Ryc. 3 b). Tętno sprychowe po stronie lewej.

Nad tętnicami szyjnemi tylko rozkurczowy ton. Tętno sprychowe po stronie prawej słabsze (ryc. 3); zrzadka stwierdzić można pojawianie się skurczów dodatkowych. Liczba tętna 70—80 w minucie. Narządy jamy brzusznej nie okazują zboczeń. Około kostek obrzęk małego stopnia.

Mocz miernie wysycony, o c. wł. 1026, składników nieprawidłowych nie zawiera. Badanie krwi wykazuje: c.

czerw. 2,340.000, c. b. 9.600, hemoglobiny 30%. Wśród ciałek białych: neutrochłonnych 48%, limfocytów 32%, przejściowych 12%, eozynochłonnych 8%.

Wobec tego, że leczenie dotychczasowe zapomocą leków sercowych nie wpływało zupełnie na objawy choroby, a wywiady i badanie dostarczyły dowodów przebytej kiły, podano choremu zaraz w pierwszym dniu po przyjęciu do szpitala jodek potasu w ilości 1 grm. dziennie. W następnych dniach podniesiono dawkę najpierw do 2, wkrótce potem do 3 gr. dziennie. Oprócz tego stosowano chłodnik na okolicę serca i górną część mostka; od czasu do czasu, w razie napadu dusznicy bolesnej, podawano glonoinę w pastylkach po 1 mlgrm. Już po tygodniu takiego leczenia ustąpiły zupełnie napady dusznicy, chory czuł się swobodniejszym. Od 27. lipca rozpoczęto wcieranie szarej maści po 3 grm. dziennie. Poprawa postępowała dalej. Wejrzenie chorego stało się lepsze. Ilość moczu wzmogła się, mieszanina krwi poprawiła się dość znacznie. Badanie z dnia 31. lipca wykazywało: c. czerw. 3,100.000, białych 7.800, hemoglobiny 45%. Stosunek ciałek białych zmienił się również korzystnie. Naliczono neutrochłonnych 58%, limfocytów 26%, przejściowych 10%, eozynochłonnych 6%.

Równocześnie z tem można było stwierdzić znaczną poprawę stanu serca. Uderzenie końca serca przesunęło się w górę do V. międzyżebrza i przekraczało nie o wiele linię sutkową, rozmiary stłumienia zmniejszyły się, tony stały się głośniejsze, szmer skurczowy nad lewą komorą utrzymywał się jednak dalej.

Ta znaczna i względnie szybka poprawa sprawiła, że chory zaczął sobie przykrzyć w szpitalu i dopraszać się, aby go wypuszczono, utrzymując, że jest już zupełnie zdrów.

Przez czas swego pobytu otrzymał w postaci wcierań 45 grm maści rtęciowej i około 30 grm. jodku potasu. Wyszedł ze szpitala 14. sierpnia 1908.

W maju 1909 r. zjawił się chory po raz drugi w ambulatoryum szpitalnem. Opowiadał, że przez 5 miesięcy czuł się zupełnie dobrze. Potem stan zaczął się zwolna, ale stale pogarszać, pojawiła się trwała duszność, potęgująca się od czasu do czasu; napadów duszności z uczuciem lęku i bolu w klatce piersiowej nigdy jednak nie bywało. Na kończynach dolnych wystąpił obrzęk, który z początku znikał po spoczynku nocnym, później wszakże utrzymywał się już stale. Wreszcie zauważył chory powiększanie się brzucha i to go skłoniło do szukania pomocy w szpitalu. Przyjęto go dnia 13. maja.

Stan chorego był znacznie gorszy, aniżeli w roku zeszłym. Skóra i błony śluzowe woskowo blade, kończyny dolne obrzękłe powyżej kolan. W jamie brzusznej sporo wolnego płynu. W narządzie oddechowym rozległy nieżyt zastoinowy.

Uderzenie końca serca w VI. międzyżebrzu, prawie w linii pachowej przedniej. Stłumienie rozpoczyna się na górnym brzegu IV. żebra. przekracza linię mostkową lewą, dochodzi do linii pachowej przedniej. Stłumienie nad rękojeścią mostka w tych samych rozmiarach, co dawniej. Nad końcem serca skurczowy szmer, rozkurczowy głuchy ton; nad komorą prawą dwa głuche tony, nad tętnicą główną i nad tętnicą płucną dwa głuche tony. Tętnica skroniowa widoczna pod skórą, wężykowata. Tętno sprychowe, jak poprzednio, słabsze po stronie prawej; liczba tętna 92, parcie krwi (Gaertner) 110 mm rtęci.

Mocz wysycony, o c. wł. 1.034, w ilości 500 cm^3 z pierwszej doby, zawiera wyraźną obrączkę białka (1·25‰ Essbach).

W leczeniu zwrócono się, jak za pierwszym pobytem chorego, do jodku potasu, ale ponadto podano diuretynę i agurynę.

Przy tem leczeniu nastała i tym razem szybka poprawa. Już w 3. dniu pobytu chorego w szpitalu wzrosła ilość moczu do 2 litrów na dobę, ciężar właściwy zmniejszył się, ilość białka opadła do 0·75%.

W następnych dniach wzrosło wydzielanie moczu jeszcze bardziej, dochodząc nawet do 4–6 litrów na dobę. Białko pojawiało się jednak stale.

Od 6. czerwca rozpoczęto wcierania szaruchy, po 3 grm dziennie, niezaprzestając równoczesnego podawania jodku potasu po 2 grm dziennie.

Poprawa postępowała dalej. Już koło połowy czerwca było wejrzenie chorego znacznie lepsze; owa woskowa bladość skóry, przypominająca żywo cherowatą bladość osób, chorych na krwotoki wewnętrzne, lub na raka, ustąpiła zupełnie; rozszerzenie serca zmalało znakomicie, duszność ustąpiła zupełnie.

Na parę dni przed wypuszczeniem chorego ze szpitala znaleziono: Skóra bledsza od prawidłowej, obrzęków w tkance podskórnej niema, jamy surowicze nie zawierają płynu. Uderzenie końca serca nieco poza linią sutkową w VI międzyżebrzu. Obszar stłumienia większy od prawidłowego, przedewszystkiem w wymiarze osiowym. Szmer nad końcem serca utrzymuje się, nad rękojeścią mostka I. nieczysty ton, zresztą wszędzie czyste tony. Tętno 76, miarowe, dość silnie napięte, o charakterze właściwym miażdżycy (ryc. 4). Mocz wydziela się średnio w ilości około 2 litrów, c. wł. nizki 1·010 do 1·014, ilość białka waha się między 0·3‰ a 0·5‰, w osadzie, bardzo skąpym, tylko nader nieliczne wałeczki szkliste i komórki nabłonkowe z dróg moczowych.



Ryc. 4

Przy wypuszczeniu ze szpitala polecono choremu używać z przerwami przez kilka miesięcy jodek potasu w ilości 1·5 grm dziennie. (C. d. n.)

Rzut oka na nowsze zdobycze dyagnostyczne w medycynie wewnętrznej.

Wykład wstępny na kursie medycyny wewnętrznej dla lekarzy praktycznych.

Podał

Doc. Dr Erwin Mięsowicz.

(Ciąg dalszy).

Osłuchiwanie nie wykazuje prawie żadnych większych zdobyczy. Zauważyć tylko należy, że przedłużenie i zaostrzenie wydechu w szczycie płuca prawego jest często zjawiskiem fizyologicznem. Z tego też powodu objaw ten można tylko z wielką ostrożnością przyjmować za oznakę rozpoczynającej się gruźlicy płuc. Podnieść tutaj należy, na co słusznie poważni klinicyści zwracają uwagę. że w badaniu fizycznem szczytów płucnych chęci wczesnego rozpoznawania gruźlicy płuc popadnięto w wielką przesadę. Bezstronne oglądanie przy sekcyach początkowych zmian gruźliczych w szczytach, wykazuje, że są one bardzo często zupełnie niedostępne dla badania fizycznego.

Znakomitem uzupełnieniem, kontrolą, a bardzo często zupełnie samodzielną i niczem zastąpić się nie dającą metodą badania jest w medycynie wewnętrznej prześwietlanie promieniami Röntgena.

Zwrócimy w tem miejscu tylko uwagę na zastoso-

wanie prześwietlania promieniami Röntgena w rozpoznawaniu chorób klatki piersiowej i jamy brzusznej.

Badanie zapomocą promieni Röntgena (ortodiagrafia) umożliwiło nam zapoznanie się w pewny sposób z położeniem i wielkością serca w ustroju żywym. Wiemy obecnie, że położenie serca i rzut (projekcya) jego granic na ścianę klatki piersiowej zależy od ustawienia przepony. Przy głębokim wdechu lub przy nizkiem ustawieniu przepony w przebiegu rozedmy płuc, lub u ludzi z bardzo dużą klatką piersiową, zwiesza się serce prostopadle w klatce piersiowej i wymiar jego poprzeczny może być około 5 cm mniejszy, niż przy wysokiem ustawieniu przepony. Przy wysokiem ustawieniu przepony spoczywa serce na niej, a sylwetka jego może się wydawać większą i naśladować obraz przerostu serca. Przy wielkich różnicach w ustawieniu przepony, wywołanych przez najrozmaitsze przyczyny, przesuwa się prawa granica serca w obrazie rentgenograficznym bardzo nieznacznie, — 3—4 cm na prawo od linii środkowej ciała. Jeżeli prawa granica serca przy badaniu ortodiagraficznem jest przesunięta więcej, niżeli 4 cm na prawo od linii środkowej ciała, to wówczas świadczy to zazwyczaj o rozszerzeniu prawego przedsionka, rzadziej o rozszerzeniu prawej komory. Przerost prawej komory nie wywołuje rozszerzenia się cienia serca ku stronie prawej. Lewa granica serca jest bardziej zmienna. Najbardziej na zewnątrz położony jej punkt (w sylwetce rentgenograficznej) nie odpowiada koniuszkowi serca, ale nieco powyżej położonemu odcinkowi lewej komory. Przy wdechu znajduje się granica lewa serca w oddaleniu 9 cm, przy wydechu w oddaleniu 11—12 cm od linii środkowej ciała. Dla zwykłych pomiarów serca wystarcza ortodiograficznie oznaczyć wysokość ustawienia szczytu przepony, oraz prawą i lewą granicę serca, a następnie oznaczyć odległość tę w centymetrach.

Możność oglądania serca i dokonywania na nim pomiarów w ustroju żywym, dozwoliła stwierdzić, że zmiany w wielkości serca pod wpływem wysiłków fizycznych nie są tak znaczne, jak to sobie dotąd wyobrażaliśmy.

Trudne, a nieraz niemożliwe dawniej rozpoznawanie tętniaków i guzów w śródpiersiu stało się obecnie przy zastosowaniu promieni Röntgena możliwem. W wielu przypadkach nieokreślonych bólów w różnych okolicach klatki piersiowej, przeczulicy skóry w okolicy międzyłopatkowej, lub na piersiach, duszności, badanie promieniami Röntgena wykazuje obecność tętniaka lub guza śródpiersia.

W chorobach płuc oddaje badanie rentgenograficzne znaczne usługi.

Badanie szczytów płuc przy pomocy zdjęć rentgenograficznych pozwala często rozpoznać początkową gruźlicę szczytów płucnych albo też gruczołów kołooskrzelowych. Zdjęcia rentgenograficzne wykazują, że często początek sprawy gruźliczej stwierdzić można w gruczołach kołooskrzelowych. Wyniki, uzyskane za pomocą rentgenogramów, należy jednakowoż zawsze zużytkowywać w rozpoznawaniu ostrożnie, pamiętając, że liczne mogą być źródła pomyłek, naśladujące w obrazie rentgenograficznym obraz początkowych nacieków w szczytach płuc.

Również ostro przebiegające sprawy zapalne naciekowe w płucach dają się zapomocą prześwietlania i zdjęć rentgenograficznych wyśledzić. Przedstawiają się one w obrazie rentgenograficznym jako wyraźne cienie. Zdjęcia te pouczyły nas, że ostre sprawy zapalne rozpoczynają się zazwyczaj około wnęki płuca i stąd dopiero posuwają się ku obwodowi, gdzie stają się już dostępne dla badania zwykłemi metodami fizycznemi.

Niezawsze można odróżnić rentgenologicznie sprawy naciekowe w miąższu płucnym od wysięków opłucnych. Cień wywołany w obrazie rentgenograficznym przez wysięk opłucny jest zwykle wybitniejszy, aniżeli cień, wywołany przez naciek miąższu płuca. Następnie w przebiegu wysięków stwierdzamy małą poruszalność odpowiedniej połowy przepony, lub też przepona zupełnie się nie porusza. Zniesienie ruchomości przepony, które bardzo wyraźnie rentgenoskopowo stwierdzić można, jest ważnym szczegółem rozpoznawczym wysięków opłucnych. Objaw ten stwierdzamy jednakowoż także i w przebiegu spraw zapalnych, tworzących się na dolnej powierzchni przepony. Możemy się w ten sposób upewnić w rozpoznaniu ropnia podprzeponowego, ropnia wątrobowego, lub okołonerkowego.

Badanie przełyku zapomocą promieni Röntgena wykonujemy w ten sposób, że wprowadzamy do przełyku miękki zgłębnik żołądkowy, wypełniony rtęcią, lub też w ten sposób, że chory połyka gałkę z węglanu bizmutowego. Posuwanie się i zatrzymywanie się takiej gałki w przełyku doskonale można śledzić na ekranie rentgenoskopowym. Dla uwidocznienia uchyłków lub rozszerzeń przełyku połyka badany odpowiednią ilość papki ryżowej, zaprawionej 20—30 gr. węglanu bizmutowego. Papka taka wypełnia rozszerzenie i daje na ekranie wyraźny cień.

Tak samo, jak przełyk, badamy inne odcinki przewodu pokarmowego. Doskonale, po wypełnieniu papką bizmutową, możemy uwidocznić położenie i wielkość żołądka. Pokazało się, że pionowe ustawienie żołądka jest rzeczą częstą. Żołądek klepsydrowaty, blizny i zaciągnięcia w ścianach żołądka, nawet ruchy robaczkowe żołądka dadzą się rentgenoskopowo stwierdzić.

Po wypełnieniu żołądka prawidłowego papką bizmutową widzimy rentgenoskopowo, jak papka ta częściami dostaje się do jelita cienkiego, szybko przez jelito to przechodzi i po 3 godzinach znajduje się w okolicy jelita ślepego. Wypełnia następnie jelito grube i w przeciągu dnia dostaje się do jelita esowatego. Wszelkie załamania, rozszerzenia i zwężenia jelit występują w obrazie rentgenoskopowym bardzo wyraźnie.

Co do wykazywania rentgenologicznego kamieni w pęcherzu, miedniczkach nerkowych, oraz pęcherzyku żółciowym, to nadmienić należy, że tylko te kamienie wykazywać się dają, które mają odpowiednią gęstość od soli wapniowych. Kamienie pęcherzowe wygodniej wykazywać zapomocą cystoskopu, kamienie w miedniczkach nerkowych można przy odpowiedniem badaniu rentgenograficznie wykazać, co ma wielkie znaczenie dla zabiegów chirurgicznych. Kamienie wątrobowe zapomocą metody rentgenologicznej wykazać się nie dają.

Badania fizyologów wyjaśniły w ostatnich czasach wiele szczegółów rozpoznawczych, odnoszących się do oceniania czynności serca.

Otto Frank wykazał, że krzywe tętna, które uzyskiwaliśmy przez zastosowanie sfigmografów dźwigniowych, są zniekształcone wskutek działania siły ciężkości i drgania

samych przyrządów. Dźwignie zastąpił on promieniem światła, które się odbijało od zwierciadełka, ustawionego na tętnicy. Ruchy zwierciadła odbijały się doskonale w ruchach promieni świetlnych, które można było łatwo utrwalić na płytach fotograficznych. Stwierdzono, że krzywe tętna, w ten sposób otrzymane, różnią się swą prostą budową od krzywych tętna, uzyskiwanych przyrządami dźwigniowymi. Niektóre wzniesienia i fale krzywych, dawniej uzyskiwanych, są zatem wytworem sztucznym. Dlatego też sfigmografia kliniczna będzie musiała być, wobec nowych metod badania, dokładnie ponownie przerobiona.

Krzywa ciśnienia krwi w przebiegu skurczu komór wznosi się stromo do góry, tworzy następnie płaski wierzchołek, a z chwilą rozkurczu komór nagle opada. Krzywa ciśnienia przedsionków wykazuje najwyższe wzniesienie w czasie skurczu przedsionków, a tuż przed okresem skurczu komór. Z chwilą rozkurczu komór, t. j. w czasie otwierania się zastawki dwudzielnej i trójdzielnej, opada nagle krzywa ciśnienia przedsionków. Krzywą ciśnienia komór możemy graficznie przedstawiać, zdejmując tętno z uderzenia końca serca i tętnicy szyjnej (carotis). Krzywą zaś ciśnienia w przedsionku prawym możemy uzyskać, zdejmując graficznie tętno z żyły szyjnej (v. jugularis). Jeżeli zaś będziemy zapisywali równoczasowo krzywe, zdejmowane z tętnicy szyjnej i z żyły szyjnej, to uzyskamy metodę, dozwalającą na równoczesne sprawdzanie ruchów przedsionków i komór i kontrolowanie stosunku ruchów tych części serca względem siebie. Zapomocą krzywych, zebranych z tętnicy i żyły szyjnej, możemy wykazać, że w warunkach chorobowych stosunek skurczów przedsionków do skurczów komór ulega najrozmaitszym zaburzeniom, np. fala krzywej przedsionkowej może być znacznie wzmożona i oddzielona dłuższym przestankiem od fali krzywej komorowej. Bardzo wyraźnie objaw ten występuje w t. zw. tętnie cwałowem (Galopprythmus).

Niemiarowość serca (arrhythmia). Niemiarowość może powstawać w ten sposób, że przewodnictwo bodźca ruchowego jest w mięśniu sercowym upośledzone. W warunkach prawidłowych bodźce ruchowe w mięśniu sercowym powstają w przedsionkach w okolicy ujścia żył. Bodźce te wywołują, wędrując przez przedsionek, skurcz przedsionka, następnie przechodzą przez cienką wiązkę mięśni, t. zw. wiązkę Hisa, do komór i wywołują skurcz komór. Jeżeli wiązkę Hisa doświadczalnie u zwierzęcia przetniemy, to przerywamy związek przechodzenia bodźców ruchowych pomiędzy komorą i przedsionkiem. Przedsionki i komory kurczą się wówczas automatycznie, a niezależnie od siebie. U człowieka następuje w różnych sprawach chorobowych, w mięśniu sercowym się toczących, upośledzenie lub zniesienie zdolności przewodnictwa bodźców ruchowych w zakresie wiązki Hisa. W razie upośledzenia zdolności przewodzenia wiązki Hisa nie dochodzą wszystkie bodźce ruchowe z przedsionka do komory, tak że nie każdemu skurczowi przedsionków odpowiada skurcz komór. W razie zupełnego zniszczenia przewodnictwa w zakresie wiązki Hisa kurczą się przedsionki osobno swym własnym rytmem, komory zaś również kurczą się swym własnym rytmem, który cechuje się znacznem zwolnieniem (15—30) uderzeń na minutę. Objaw ten tłómaczy nam istotę t. zw. choroby Adam-Stokesa. (C. d. n.).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

(Choroby zakaźne).

Jaworowski. **Próba leczenia duru plamistego przetworami jodu.** (Prakt. Wracz 1909, Nr 25—26). Autor zebrał 40 spostrzeżeń. Chociaż ilość ta, zdaniem jego, jest za mała do wysnuwania ostatecznych wniosków, jednakowoż dodatnie wyniki leczenia przetworami jodu występowały bardzo wyraźnie i nie można było oprzeć się wrażeniu, że to właśnie ten sposób leczenia działa tak dodatnio. Najwyraźniej występował wpływ na objawy mózgowe. Chorzy, którzy skarżyli się na silne bole głowy, często bredzili lub byli bezprzytomni, po kilku dawkach jodu czuli się tak dobrze, że mogli jeść obiad siedząco. Następnie znikała bezsenność, chorzy bardzo dobrze spali nietylko w nocy, ale i w dzień po jedzeniu. Najczęściej w durze wysypkowym daje się spostrzegać przełomowy spadek ciepłoty — powolny spadek zaś spotyka się stosunkowo rzadko. W przypadkach J. nie było ani jednego przełomowego spadku ciepłoty. J. podawał jod najczęściej w postaci rozczynu Lugola, następnie skrobi jodowej (amylum jodatum) z 2% zawartością czystego jodu, potem jodglidyny, jodipiny 10%, i jodku chininy (chininum jodatum). Dzienna dawka czystego jodu wynosiła średnio 0·50. Objawy zatrucia jodem spostrzegał J. tylko w 5 przypadkach, przytem nie można było zauważyć bolu głowy, ani łzotoku. Wobec tego mało prawdopodobnem wydaje się zdanie Nothnagla, że przyczyną podrażnienia błon śluzowych przy podawaniu jodku potasu jest domieszka czystego jodu. W końcu swej pracy zestawia J. w tablicy wszystkie swoje spostrzeżenia. (Dziwnem wydaje się tylko to, że autor nie miał żadnego przypadku śmiertelnego. Przyp. spr.).

L. Mańkowski.

F. Widal, E. Joltrain i A. Weil. **Nagła ślepota w toku duru brzusznego.** (Société méd. des hôp. 30. VII. 1909). Młody człowiek, lat 20, bez żadnych poprzednio zaburzeń ocznych, w 9. dniu klasycznego duru brzusznego, budzi się rano zupełnie ślepy, nie okazując równocześnie żadnych zaburzeń ze strony opon mózgowych. Stwierdzono zupełną, obustronną ślepotę, ze zniesieniem odruchów źrenicznych. Dno oka okazywało po obu stronach obrzęk tarczy nerwu wzrokowego z wyraźnem rozszerzeniem żył. Nakłucie kanału rdzeniowego stwierdziło wysokie ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego, nie zawierającego ani białka, ani pierwocin komórkowych. W dwie godziny po nakłuciu kanału rdzeniowego zaczęła się poprawa wzroku, a po dwu dniach była już bardzo wyraźna. Obrzęk tarczy nerwu wzrokowego wtedy już zupełnie ustąpił, ale pozostało jeszcze rozszerzenie żył. Powtórne nakłucie kanału dowiodło wzmożonego jeszcze parcia w jamie mózgowo-rdzeniowej, ale nie tak wielkiego, jak pierwej. Nazajutrz wzrok był już prawidłowy, a w dniach następnych i dno oka wróciło do stanu najzupełniej prawidłowego. Okoliczności stwierdzone wziernikiem ocznym, ustąpienie przypadłości po nakłuciu rdzeniowem, wyłączają tło neuropatyczne sprawy, a przeciwnie pozwalają dopatrywać się we wzmożonym ucisku śródczaszkowym przyczyny obrzęku tarczy n. wzrokowego i ślepoty. Wreszcie fakt, że ciśnienie tętnicze stale trzymało się poniżej poziomu prawidłowego, dozwala oddzielić ten przypadek od ślepot przemijających, opisanych przez Vaqueza w niektórych zatruciach, a będących wynikiem podniesionego ciśnienia tętniczego. Autorowie podkreślają zatem, że poza ślepotą histeryczną i ołowiczą, istnieją jeszcze ślepoty nagłe, przemijające, bez wzmożonego ciśnienia tętniczego, w toku zakażeń, n. p. duru, a wywołane obrzękiem n. wzrokowego, spowodowanym podniesieniem parcia śródczaszkowego. U takich chorych nakłucie lędźwiowe równocześnie i wyświetla sprawę i skutecznie, a rychło ją leczy. Stahr.

Kamsarakan. **Przyczynek do sprawy zajęcia stawów w przebiegu róży w stosunku do ostrego gośćca stawowego.** (Med. Obozr. 1909, Nr 5). K. podaje dwa przypadki zajęcia stawów w przebiegu róży. Spostrzeżenia te ciekawe są z tego powodu, że przemawiałyby za pewnego rodzaju pokrewieństwem tych powikłań z ostrym gośćcem stawowym. U obu chorych po dłuższym pobycie w szpitalu, skoro ustąpiły wszystkie objawy róży, powstało zajęcie stawów. Zajęcie to miało przebieg typowy ostrego gośćca stawowego z nawrotami i zajęciem zastawki dwudzielnej. Do tego trzeba dodać, że pierwszy chory nigdy dotychczas na gościec nie cierpiał. K. porównuje zajęcia stawów w rozmaitych chorobach zakaźnych i podkreśla z naciskiem tożsamość zajęcia stawów w swoich spostrzeniach z ostrym gośćcem stawowym; zarazem zaznacza, że u pierwszego chorego z płynu, wydobytego ze stawu kolanowego zapomocą nakłucia, udało mu się wyhodować typowe paciorkowce. Wobec tego zapytuje K., czy nie należałoby przypuszczać, że zajęcie stawów w przebiegu róży i w ostrym gośćcu stawowym wywołane jest przez jeden i ten sam zarazek. L. Mańkowski.

Heckmann. **W sprawie etyologii zniekształtniającego zapalenia stawów.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 31). Ścisłe badania kliniczne, jakoteż badania odczynu Wassermanna doprowadzają H. do wniosku, że znaczna część przypadków t. zw. zniekształtniającego zapalenia stawów ma jedynie tło kiłowe, o czem też świadczy skuteczność leczenia przeciwkiłowego, zwłaszcza wstrzykiwania przetworów rtęci. Szczególnie podejrzane są zniekształtniające zmiany w pojedynczych tylko stawach, po wyłączeniu zmian starczych, więc n. p. u ludzi w średnim lub młodym wieku. Zwykle uraz pobudza tu rozwój choroby. Oczywiście prócz kiły gościec może być często przyczyną powstawania zapalenia zniekształtniającego. A.

D. Jacobson. **Poszukiwanie prątka Kocha sposobem antyformino-ligroinowym.** (Soc. de Biol. 1909, 13. XI.). Już Uhlenhuth radził zaprawiać plwocinę, zawierającą mało prątków Kocha, antyforminą, która rozpuszcza wszystkie składniki morfotyczne prócz prątków gruźliczych. Sposób ten ulepszyli Lange i Nitsche, czyniąc zbytecznem centryfugowanie plwociny tak zaprawionej, przez dodawanie ligroiny, której kropelki mocno lgną do prątków i gromadzą je na powierzchni antyforminy, skąd je już łatwo wydostać i zabarwić. Autor stosował ten sposób i radzi go tak wykonywać: Plwocinę rozpuszcza się wolno w wodzie przekroplonej, przyczem wielkie grudki plwociny powinny być rozdzielone na jak najmniejsze części. Następnie wlewa się ją do czystego i dobrze zakorkowanego naczynia (probówki) i dodaje się 40% rozczynu antyforminy i to 5 części antyforminy na 1 część plwociny. W ciągu 2—3 godzin następnych należy często potrząsać w naczyniu tę mieszaninę. Następnie dolewa się na wierzch tej mieszaniny warstwę ligroiny, 2—3 mm grubą. Znowu się kłóci tę mieszaninę bardzo starannie i pozostawia potem w spokoju, najlepiej w cieplarce, około $^1/_2$ godziny. Stwierdziwszy, że cała ligroina dobyła się na wierzch, można zauważyć między nią, a antyforminą wązki rąbek szary, składający się z drobnych cząsteczek, które to cząsteczki zawierają wszystkie prątki, znajdujące się w badanej plwocinie. Zapomocą platynowej łopatki dobywa się owe drobne grudki na szkiełko i barwi w dowolny sposób. Stahr.

Neurologia i psychiatrya.

Tomaschny i Prof. Meyer. **Cielesne objawy przy otępieniu przedwczesnem.** (Allgem. Zeitschr. f. Psych. T. 66, Z. 5). Do niedawna uważano otępienie przedwczesne prawie za psychozę czynnościową, ale z czasem mnożyły się dowody, iż jest to psychoza prawdopodobnie organiczna, co do pewnych objawów nawet zbliżona do porażenia postępowego. Z objawów podmiotowych Tomaschny zwraca uwagę tylko na takie, które są w pewnym związku wewnętrznym z psychozą i powtarzają się stosunkowo często. Na pierwszem miejscu stawia autor bole głowy, na które skarżyli się prawie wszyscy chorzy: następnie — zawroty głowy (46 przyp.), często powodujące napady, bardzo podobne do padaczki. Dość często można spostrzegać przy otępieniu przedwczesnem stany, podobne do padaczkowych stanów zamroczenia. W 28 przyp. chorzy skarżyli się na rozmaite zboczenia czucia obwodowego, jako to kłucie, szczypanie, swędzenie, drętwienie i t. p. Czwarta część chorych, a było ich 388, miewała rozmaite przykre uczucia w okolicy serca, w 34 zaś przypadkach — w narządach trawienia; również często w narządach płciowych, rzadziej zaś — w skórze i mięśniach. Zaburzenia w czynności gruczołów wydzielniczych, szczególnie potowych, występują wcale nierzadko. Zasługuje na uwagę uczucie ogólnej słabości. Autor przypuszczą, że natężenie, oraz ilość objawów podmiotowych ma pewne znaczenie dla rokowania: im obfitsze i jaskrawsze są objawy, tem rokowanie jest gorsze. Godząc się na to, iż większa część spostrzeganych objawów jest pochodzenia psychicznego, pewną część uważa jednak autor za wyraz jakichś zmian organicznych w mózgu. Wyniki badania przedmiotowego 383 chorych przedstawia współautor (Prof. Mayer), jak następuje: W 36 przypadkach źrenice były większe, niż średnie, z nich 16 oddziaływało na światło prawidłowo, 17 zaś — leniwie; 10% chorych miało wązkie źrenice, 48 źrenice nierówne, u 44 oddziaływanie na światło leniwe. Wzmożenie odruchów kolanowych w 45%. Drganie stopy (clonus) w 6 przyp. Wzmożenie odruchów górnych kończyn dość częste; zaburzenia czucia w postaci przeczulicy i nadmiernej wrażliwości na ból — rzadkie. Dość często obniżenie odruchów z błon śluzowych, oraz sinica kończyn; nierzadkie bole przy ucisku w okolicy jajników lub gruczołów mlecznych. Wyjątkowo często spostrzegano mechaniczną pobudliwość mięśni i dermografię. Na zasadzie swoich spostrzeżeń dochodzi autor do wniosku, że przy otępieniu przedwczesnem jest więcej objawów chorobliwej pobudliwości układu nerwowego, zbliżających je do histeryi, niż znamion cierpienia organicznego mózgu. W miarę zaś tego, jak sprawa w mózgu posuwa się naprzód, na plan pierwszy wysuwają się objawy cierpienia organicznego mózgu. J. Bednarz.

Prof. P. Näcke. **Rzadki przypadek zatrucia nikotyną.** (Münch. med. Wochenschr. 1909, Nr 50). Chory, cierpiący prawdopodobnie na obłąkanie maniakalno-depresyjne (manisch-depressives Irresein), przypadkowo wypił kawę, w której było 7—10 grm tytoniu do żucia. W parę godzin nastąpiły objawy ostrego zatrucia: na całem ciele, przeważnie zaś na tułowiu pojawiła się swędząca wysypka szkarłatna, ciepłota podniosła się do 37,2°, silny ból głowy, nudności, język obłożony; białka w moczu nie było; spojówki były zaczerwienione, źrenice oddziaływały leniwie, tętno — 120, nierówne. Na trzeci dzień nieznaczna poprawa, na piąty objawy zatrucia ustąpiły zupełnie. W okresie ostrego zatrucia chory zachowywał się spokojniej, niż przedtem, na pytania odpowiadał zwięźle. J. Bednarz.

Prof. E. Schultze i A. Knauer. **Zaburzenia w wymianie węglowodanów u umysłowo chorych.** (Allg. Zeitschr. für Psych. T. 66, Z. 5). Autorowie badali systematycznie mocz co do pentozy zapomocą odczynnika Biala (1·0 orcin, 500 cm^3 30% acid. hydrochl., 20 gtt. liquor. ferri sesquichlor.) u 156 chorych umysłowo, oraz co do cukru (fermentacya) — u 127 chorych. Mocz badano w rozmaitych okresach choroby. Wnioski, do których doszli autorowie, brzmią, jak następuje: Bardzo często można znaleźć cukier w moczu umysłowo chorych podczas stanów przygnębienia lub strachu, przyczem ilość cukru zwiększa się lub zmniejsza się zależnie od stopnia przygnębienia lub strachu, niezależnie od tła chorobowego, na którem ten strach lub przygnębienie rozwija się, i znika zupełnie razem z przygnębieniem. To samo można powiedzieć o pentozie. J. Bednarz.

E. Stilling. **O odczynie Mucha.** (Münch. med. Wochenschr. 1909, Nr 51). Autor stosował metodę badania Hirschla i Pötzla. Badania przeprowadzono na 50 chorych na otępienie przedwczesne (5 — hebefrenia, 8 — katatonia, 37 — otępienie wczesne bez bliższego określenia). W 14 przypadkach była wzmożona odporność krwinek czerwonych na rozpuszczenie się, dodanie zaś surowicy chorego na otępienie przedwczesne podniosło liczbę do 22. Autor dochodzi do wniosku, że odczyn ten niema znaczenia rozpoznawczego. J. Bednarz.

Tuwima. **W sprawie wywoływania u opilców wstrętu do wyskoku zapomocą środków podniecających korę mózgową.** (Wracz. Gaz. 1909, Nr 36). T. wychodzi z założenia, że większa część opilców pije wyskok wprawdzie w niewielkich dawkach, ale w krótkich odstępach czasu, używając go jako środka, podniecającego układ nerwowy. Zaspokojenie tej potrzeby podniecenia zapomocą wyskoku jest nieodpowiednie, gdyż podnieca on układ nerwowy tylko w pierwszym okresie swego działania; w drugim zaś okresie działa porażająco, t. j. wprost odwrotnie. Wobec tego odpowiedniejszem byłoby zaspokajanie tej potrzeby zapomocą środków, działających tylko podniecająco. Tak naprzykład, podając alkoholikowi jednocześnie wyskok i atropinę, zaspokajamy potrzebę podniecenia układu nerwowego daleko skuteczniej, niż podając sam tylko wyskok. Po zaspokojeniu tej potrzeby powinien u opilcy wystąpić czasowy przesyt i zanik popędu do picia. Przy podawaniu środków podniecających w większej ilości musi wystąpić przedrażnienie układu nerwowego, które, jak wszelkie nadmierne zaspokajanie potrzeby, musi wywołać wstręt do środka podniecającego. Słowem sposób, proponowany przez T., polega na nadmiernem zaspokajaniu istniejącej u opilców potrzeby środków podniecających i wywoływaniu następowo nieprzyjemnego uczucia, skutkiem którego nietylko wyskok, ale i inne środki podniecające wywołują odrazę. T. używał atropiny, gdyż w przeciwieństwie do kokainy, nie wywołuje ono przyzwyczajenia się do leku; a kofeina (4,0—180·00 po 15,00 co 2 godz.) wywołuje nieprzyjemne objawy ze strony serca. T. stosował atropinę w 100 przeszło przypadkach i pomimo stosunkowo wielkich dawek (0,008—0,012, w jednym przypadku nawet 0,030 dziennie) ani razu nie zauważył jakichkolwiek nieprzyjemnych objawów. Chorzy otrzymywali atropinę bez swej wiedzy jako domieszkę do zupy, herbaty, wódki, piwa i innych napojów. Podawanie lekarstwa porucza się tylko najbliższym krewnym chorego (żona, matka, siostra). Taki sposób postępowania był wskazany, gdyż chorzy przeważnie wcale nie chcieli się leczyć. Zaczynano od dawki 0,001 dziennie (0.06 atrop. sulf, 240·00 aquae destill.; 1 łyżka zawiera 0,001 atropiny) i dochodzono do 0,008 w 2 dawkach po 0,004. Doświadczenie wskazało, że podniecenie ustępuje po 3—4 godzinach, skutkiem tego po upływie tego czasu leczony znowu uczuwał chęć do picia. T. zaczął więc podawać dawki maksymalne po 0,003 — 3 razy dziennie. Przy takiem postępowaniu wstręt do wyskoku pojawiał się daleko prędzej. Samowolne przekroczenia ilości i wielkości podawanych dawek wykazały, że w czasie napadów opilstwa nawet dawki 0,015—0,020—0,030 nie wywoływały większego podniecenia, ani żadnych nieprzyjemnych objawów. W końcu przytacza T. dość szczegółowe opisy 10 typowych swoich spostrzeżeń. L. Mańkowski.

Pedyatrya.

Pospiełowa-Diemkina. **Wpływ czynników fizycznych na wydzielanie się moczu u dziecka.** (Wracz. Gaz. 1909 Nr 40—42). Autorka miała sposobność przeprowadzić swe badania w wyjątkowo dogodnych warunkach. U 6-letniego chłopca istniało wrodzone wynicowanie pęcherza moczowego. Na błonie śluzowej rozwartego pęcherza widać było ujścia obu moczowodów, z których kroplami wyciekał mocz. Ułożywszy chłopca na specyalnem krzesełku na brzuchu, można było zbierać mocz wprost do naczynia. Doświadczenia swe przeprowadzała P. zawsze w ściśle jednakowych warunkach. Każde doświadczenie trwało $1^1/_2$ godziny, przyczem ilość moczu mierzono co kwadrans, a ilość kropli, ściekających na minutę, liczono w ciągu całego doświadczenia. Badano wpływ następujących czynników: ciepła, zimna, promieni światła elektrycznego białych, niebieskich i czerwonych, suchych baniek i miesienia. Światło elektryczne stosowano zawsze o sile 50 świec, a lampkę (stale z jednym i tymsamym reflektorem) ustawiano w odległości 25 cm od skóry. Ciepło stosowano w postaci worka z wodą gorącą, a zimno zapomocą worka z lodem, miesienie w postaci rozcierania i głaskania. Bańki suche stawiano w ilości 6 na okolicę nerek. Badano wpływ tych czynników przy stosowaniu ich nietylko na okolicę nerek, ale i na dolne kończyny. Wykonano także kilka doświadczeń z pędzlowaniami gwajakolem.

Wnioski autorki są następujące: 1) Wszystkie wspomniane czynniki wpływają na zwiększenie wydzielania się moczu. 2) Ażeby wpływ ten jaskrawiej wystąpił, trzeba przed doświadczeniem wprowadzić do ustroju pewną ilość płynu, chociaż wpływ ten występuje i bez poprzedniego picia. 3) Pod wpływem czynników najenergiczniej działających mocz wydziela się w ilości większej, niż wprowadzony płyn (200 grm płynu = 320 grm moczu). 4) Szybkość działania rozmaitych czynników jest rozmaita. 5) Wpływ niektórych czynników przeciąga się poza granice czasu doświadczenia. 6) Miejsce zastosowania czynnika niema większego znaczenia. Stosowanie zimna i ciepła na łydki wywiera taki sam wpływ, jak i stosowanie ich w okolicy nerek. 7) Przerwa i ponowne zastosowanie czynnika wywołuje nową falę zwiększenia wydzielania się moczu. 8) Charakter fal na krzywych wydzielania się moczu, otrzymanych przy zastosowaniu rozmaitych czynników, jest zupełnie jednakowy. Różnica sprowadza się do natężenia działania czynnika i długości trwania działania. W końcu wyraża P. przekonanie, że czynniki fizyczne działają odruchowo, pobudzając ośrodek wydzielania moczu i dlatego krzywe, otrzymane przy działaniu rozmaitych czynników, są tak bardzo podobne do siebie. Dlatego też P. nie może zgodzić się na zdanie, że przy stosowaniu ciepła naczynia skóry rozszerzają się, a naczynia narządów głębszych zwężają. Pogląd taki jest zanadto mechaniczny i wyłącza zupełnie odruch skóry, z którym ostatecznie bardzo trzeba się liczyć. Dr L. Mańkowski.

Szatenstejn. **Przyczynek do kazuistyki tętniaków jamy czaszkowej.** (Wracz. Gaz. 1909. Nr 37). Sz. opisuje przypadek tętniaka, usadowionego na powierzchni zewnętrznej mózgu u 7-letniego chłopca. Przy przyłożeniu ucha lub nawet słuchawki do czaszki słychać było szmer skurczowy, bardzo podobny do pisku. Właśnie ten pisk zwrócił uwagę matki i skłonił ją do zasięgnięcia porady. Pisk ten najwyraźniej dawał się słyszeć po lewej stronie czaszki. Przy ucisku na lewą tętnicę szyjną szmer znikał. Przy ucisku na prawą tętnicę szyjną szmer pozostawał bez zmiany. Sz. przepisał choremu jodek potasu po 0·15 — 3 razy dziennie i zabronił żywszych ruchów. Po 2-miesięcznem leczeniu szmer znikł zupełnie; później powracał od czasu do czasu, jednakowoż zawsze po jakimś większym wysiłku fizycznym; po podaniu jodku potasu znowu znikał. Sz. obserwował chorego w ciągu $2^1/_2$ lat, a w pracy swej podkreśla wielką rzadkość przypadku i dobroczynny wpływ leczniczy jodku potasu. Dr L. Mańkowski.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dn. 12. stycznia 1910.

Przewodniczący Prof. Dobrowolski. Obecnych członków: 42.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Pachońskiego przyjęto jednomyślnie do grona członków Towarzystwa.

3) Przewodniczący odczytuje pismo kraj. Związku lekarzy w sprawie ubezpieczenia społecznego, żądające, by Towarzystwo lekarskie krakowskie przystąpiło do akcyi ogólno-lekarskiej przeciwko zniesieniu wszelkich ograniczeń w przystępowaniu do tegoż ubezpieczenia. Sprawę tę przekazano komitetowi Towarzystwa.

4) Skarbnik Towarzystwa kol. Akerman odczytuje sprawozdanie kasowe za rok 1909. Na wniosek komisyi kontrolującej uchwalono absolutoryum.

W sprawie stypendyum Krajewskiego zasięga informacyi kol. Borzęcki. — Przewodniczący w odpowiedzi zaznacza trudności formalne w wykonaniu tego zapisu.

5) Kol. Damski, jako sekretarz stały, odczytuje następujące sprawozdanie z czynności Towarzystwa w roku 1909:

»Liczba członków zwyczajnych Tow. lek. krakowskiego zwiększyła się w r. 1909 nieznacznie w porównaniu z rokiem ubiegłym. Ze 178 członków czynnych z końcem r. 1908 podniosła się do 190, a mianowicie przybyło nowych członków 14, wystąpiło zaś dobrowolnie dwóch. Członków korespondentów liczy Towarzystwo 52, honorowych 17. Z pomiędzy ostatnich ubył z niepowetowaną stratą dla polskiej nauki Dr Teodor Dunin, zmarły 16. III. w Warszawie, którego pamięć uczciliśmy wspomnieniem pośmiertnem na posiedzeniu w dniu 17. III.

Członkami honorowymi zamianowało nasze Towarzystwo profesorów uniwersytetu lwowskiego Dra Antoniego Marsa i Dra Antoniego Gluzińskiego. Pierwszego za zasługi położone około budowy »Domu lekarskiego«, drugiego za ogólne zasługi na polu nauki lekarskiej i wielką zawsze życzliwość dla naszego Towarzystwa.

Posiedzeń naukowych odbyto 29, administracyjnych 8. Odczytów było 22, prelegentów 21, demonstracyi 42. Wydział starał się, aby odczyty stanowiły pewną organiczną całość, a że w obecnej dobie nietylko świat lekarski, ale całe oświecone społeczeństwo przygotowuje się do walki z gruźlicą, zorganizowano więc szereg odczytów (8) o gruźlicy, rozpoczynając odczytem o etyologii, a kończąc kliniką gruźlicy. W dalszym ciągu rozpoczęto również na czasie będące odczyty o raku; na temat ten odbyły się dotychczas dwa wykłady. Reszta odczytów była z zakresu anatomii (1), higieny (2), okulistyki (1), kliniki chorób wewnętrznych (3), bakteryologii (1), embryologii (1), weterynaryi (1) i syfilidologii. Jeden wykład z zakresu fizyki. Demonstrowano najwięcej chorych z kliniki chirurgicznej Prof. Kadera. Komisya przemysłowa przedstawiła raz jeden konserwy mięsne wyrobu krajowego.

Liczba członków, biorących udział w posiedzeniach, była w stosunku do ogólnej liczby członków niezbyt znaczna — około 40 uczestników posiedzenia było niejako regułą. Dwa razy tylko — a to na wykładzie o odczynie Wassermana i o etyologii raka brało udział przeszło 70 kolegów. Natomiast dyskusye na każdem posiedzeniu były zawsze ożywione.

Wielce dodatnim objawem żywotności naszego Towarzystwa był gorliwy udział w pracy ogólno-społecznej, tyczącej się spraw sanitarnych. Czynniki miarodajne, licząc się ze zdaniem Towarzystwa, zasięgały jego opinii, tyczącej się asanizacyi naszego miasta. Na dwóch posiedzeniach, 17. i 24. listopada, omawiano temata o gruntach pofortyfikacyjnych, o przyłączonych do Krakowa gminach i o obwałowaniu Wisły ze stanowiska sanitarnego. W posiedzeniu brali udział, zabierali głos i udzieiali wyjaśnień oprócz znacznej liczby członków radca dworu protomedyk Merunowicz, radca Ingarden, wiceprezes miasta Dr Szarski, poseł do rady państwa z miasta Krakowa Prof. Sikorski i kilku radców miejskich. Również magistrat m. Krakowa odniósł się do naszego Towarzystwa w sprawie nowej ustawy budowlanej. Spodziewać się więc należy, że i nadal społeczeństwo nasze utrzyma czucie z naszem Towarzystwem w tak żywotnych i na czasie będących zagadnieniach, jakiemi są sprawy sanitarne. Dla celów podobnych stworzono w Towarzystwie stałą komisyę higieniczną.

Do prac ogólno-społecznych, jakiemi zajmowało się w ubiegłym roku nasze Towarzystwo, zaliczyć również należy prace komisyi przeciwgruźliczej, która wprawdzie w maju 1909 rozwiązała się, jako taka, ale stworzyła krakowskie »Koło Towarzystwa walki z gruźlicą«, aby szersze warstwy powołać do czynu i do ofiarności.

Ze spraw narodowo-ekonomiczne znaczenie mających, komisya bojkotowa mimo gorliwej pracy i zebrania bogatego materyału nie osiągnęła należytych wyników. Szczególnie bojkot niemieckich farmaceutycznych wyrobów stał się bardzo trudnym z rozmaitych powodów, z których najważniejszym może jest brak wielkiego przemysłu chemicznego nietylko u nas, ale w całej Austryi wogóle, oraz to, że bojkot nie leży jedynie w ręku lekarzy.

Dodatnim skutkiem uwieńczone zostały starania, aby kraj nasz otrzymał odpowiednie co do liczby zastępstwo w nowo zorganizowanej Najwyższej Radzie zdrowia. Dzięki zabiegom Prof. Browicza, Kostaneckiego i Ciechanowskiego i poparciu prezydyum Koła polskiego i ministra dla Galicyi Dra Dulęby, otrzymał kraj nasz zamiast 2 — sześć mandatów.

Do prac przygotowawczych na Zjazd higieniczny, w Paryżu w r. 1910 odbyć się mający, wybrano jako delegatów Prof. Browicza i Dra Biera. Radca dworu Prof. Dr Wicherkiewicz zastępował polskich lekarzy na międzynarodowym Zjeździe lekarskim w Peszcie. Prof. Dr Piltz reprezentował nasze Towarzystwo na Zjeździe neurologów w Warszawie, zaś na Zjeździe polskich internistów, w lipcu 1909 w Krakowie odbytym, reprezentantem był prezes Prof. Dr Dobrowolski.

Tyle co do spraw ogólnych.

W rzeczach, ściśle tylko Towarzystwo nasze obchodzących, doprowadzono do końca od r. 1908 omawianą sprawę złączenia się Towarzystwa lek. krak. z Towarzystwem lek. galicyjskich. Na Walnem Zgromadzeniu w lutym 1909, uchwalono zgłosić do Rady zawiadowczej przystąpienie do Towarzystwa lek. galic. Na dwóch posiedzeniach administracyjnych omówiono projekt nowego statutu, przedłożono Radzie zawiadowczej Tow. lek. galic. rozmaite zmiany i poprawki, które też Rada chętnie przyjęła, a gdy Namiestnictwo w październiku zatwierdziło nowy statut, Towarzystwo lekarskie krakowskie, zachowując swoją nazwę i zupełną autonomię, stało się sekcyą galicyjskiego Towarzystwa lek. Zlanie się w jedno dwóch o jednakowych celach Towarzystw może się tylko przyczynić do spotęgowania wpływu i działalności instytucyi, a dla naszego krakowskiego Towarzystwa i tę przynosi korzyść, że złączyliśmy się ze zasobnem w środki materyalne Towarzystwem, chociaż wobec połączonej z tym układem zmiany stosunków obu czasopism lekarskich, ponieść musimy pewne ofiary co do »Przeglądu lekarskiego«.

Ze spraw ściśle administracyjnych wspomnę tylko, że Wydział starał się o zupełne uwolnienie »Domu lekarskiego« od podatku domowo-czynszowego. Uzyskał jednak tylko uwolnienie częściowe; wniósł odwołanie od tego orzeczenia do ministra skarbu, oczekując rozstrzygnięcia sprawy w najwyższej instancyi.

Przedstawiając to roczne sprawozdanie w ogólnych zarysach, ustępujący Wydział spodziewa się, że Szan. Koledzy z pobłażliwością oceniać zechcecie wyniki naszej pracy i uznacie, że nie brakowało nam na szczerych chęciach i gorliwości w spełnianiu przyjętych na siebie obowiązków i że nie zaniedbaliśmy świadomie niczego, coby mogło być z korzyścią dla nauki i stanu lekarskiego«.

Sprawozdanie przyjęto.

6) Bibliotekarz kol. Blassberg zdaje sprawę ze swej czynności i stanu biblioteki:

»Do inwentarza i katalogu bibliotecznego wciągnięto w roku 1909 1366 dzieł i 43 czasopism, tak, iż dnia 31. XII. 1909 było w bibliotece uporządkowanych i skatalogowanych razem 7577 dzieł i 303 czasopism.

W roku 1909 wypożyczono z biblioteki: Książek lub pism 123, zwrócono 96, zostaje zaległych 27. Nadto z ubiegłych lat nie wpłynęło dotąd 43 książek lub czasopism. Z biblioteki korzystało w ciągu roku 1909 członków 32.

Sprawiono wysoką, stojącą pułkę drewnianą, o 7 przepierzeniach, przeprowadzoną przez środek sali bibliotecznej.

Wprowadzono stały spis najnowszych wpływów do inwentarza biblioteki, leżący stale w czytelni do użytku członków Towarzystwa. Wprowadzono godziny urzędowe codziennie od godz. 12—1 w południe. Płatny pomocnik bibliotekarza był czynny stale przez cały rok, jedną godzinę dziennie.

Dary. Oprócz licznych poszczególnych dzieł i broszur, które wpływały bądź od autorów i ofiarodawców, bądź od redaktora Przeglądu lekarsk. Prof. Ciechanowskiego, otrzymała biblioteka w roku bieżącym znaczniejsze dary w książkach od pani Drowej Langie, oraz od Drów: radcy Wicherkiewicza, Dra Weinsberga, Bogdanika i Borzęckiego z Krakowa, Dra Heimanna z Warszawy, Dra Pragera z Maryenbadu i Dra Kudasa z Sańskiego Mostu w Bośni.

Zasób biblioteki ucierpiał w tym roku tak samo, jak w ubiegłych, przez dekompletowanie roczników z powodu zabierania z czytelni przez niektórych członków poszczególnych numerów pism bez rewersów«.

Prof. Ciechanowski wnosi wyrażenie podziękowania bibliotekarzowi za niezwykle wydatną pracę. Przyjęto przez aklamacyę.

7) Redaktor Prof. Ciechanowski w zastępstwie chorego kol. Wojciechowskiego zdaje sprawę z administracyi »Przeglądu lekarskiego«.

Kol. Kwaśnicki podnosi nakład pracy i zdolności kol. Wojciechowskiego i stawia wniosek, by wyrazić podziękowanie i uznanie redakcyi i administracyi »Przeglądu«. Przyjęto przez aklamacyę.

8) Prof. Ciechanowski zdaje również w zastępstwie sprawę z administracyi »Słownika lekarskiego«.

Sprawozdanie przyjęto.

9) Kol. Korolewicz zdaje sprawę z czynności komisyi przemysłowo-lekarskiej.

»Komisya przemysłowo-lekarska odbyła w ciągu r. 1909 dwa posiedzenia pod przewodnictwem Dra Bielańskiego, na których między innymi uchwalono: 1) Kooptować do komisyi aptekarza p. Mikuckiego i chemika p. Hetpera. 2) Zwrócić uwagę mleczarni p. Dobrzyńskiej w Krakowie, że w razie, jeśli nie usunie nieporządków i zanieczyszczeń w swoich ubikacyach, Towarzystwo lekarskie będzie zmuszone cofnąć wydane przez siebie polecenie popierania wyrobów tej mleczarni. Dla skontrolowania mleczarni wydelegowano Dra Biera i Dra Korolewicza. 3) Zaliczyć syrup tymo-sulfo-guajakolowy wyrobu aptekarza Armatysa, jako lek polecenia godny pod warunkiem, że nalepi na przetworze znaczki na fundusz wdów i sierót kraj. Związku lek. 4) Odmówić swego poparcia fabryce tarnowskiej Izaaka Spiry wyrobów wełny drzewnej do wypychania poduszek i sienników w szpitalach i klinikach z powodu, iż owa wełna, raczej wióry drzewne, nie nadają się do tego celu. 5) Wydać odezwę do producentów przemysłu lekarskiego, aby we własnym interesie zwracali się z wszelkimi nowymi przetworami po aprobatę do komisyi z tą uwagą, że jedynie takie przetwory, które komisya poleci, mogą liczyć na poparcie ogółu lekarzy. Uchwalono taką odezwę przesłać również do »Centralnego Związku fabrycznego«. 6) Polecić konserwy owocowe, jarzynowe i mięsne wyrobu fabryki J. Różańskiego i Spółki w Bochni pod warunkiem, że fabryka ta podda się ciągłej kontroli komisyi. Prócz tego oddano cały szereg spraw poszczególnym członkom komisyi do referatu.

Sprawozdanie przyjęto.

10) Prof. Nowak podnosi niezwykłe zasługi kol. Dobrowolskiego, jako prezesa i poprzednio jako skarbnika i wnosi, by wyrazić mu podziękowanie. Przyjęto przez aklamacyę. Prezes Prof. Dobrowolski dziękuje wszystkim, którzy mu w pracy byli pomocni.

R. Dw. Prof. Wicherkiewicz dziękuje za wybór i wyraża życzenie, by Towarzystwo nadal podnosiło się i kwitło.

Sekretarz: Morawski.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie z d. 22. czerwca 1909.

1) Żenczykowski przedstawił: a) przypadek **gruźliczego zgrubienia sieci, naśladującego brzeg wątroby,** w którym rozpoznanie ustaliła rentgenoskopia, b) przypadek zupełnej **ślepoty wskutek zatrucia wyskokiem metylowym,** wypitym w ilości niewielkiej (50 grm), po czem prócz białkomoczu jedyną zmianą jest zapalenie pozagałkowej części nerwu wzrokowego.

2) Jerzy Brunner: **O antygenie cholerycznym.** W uodpornianiu czynnem, w którem, zdaniem prelegenta, leży przyszłość seroterapii, używano dotąd jako antygenów przeważnie całkowitych zarazków. Używając metody frakcyonowania zapomocą siarkanu sodowego, stwierdził B., że antygen przechodzi do rozczynu po strąceniu całej zawartości komórki bakteryi cholerycznej rozczynem 20% siarkanu sodu; do 30% rozczynu antygen nie przechodzi. Odporność dochodzi po jednorazowem wstrzyknięciu u królików i świnek morskich do wysokiego stopnia. Antygen nie przechodzi przez glinkę, znosi ogrzewanie w 84°, słabnie po gotowaniu, częściowo rozpuszcza się w wyskoku 80°. Metodę tę, zdaniem B., można będzie zastosować do otrzymywania także innych antygenów. Z.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

(Wydział lekarski).

VI. Ogólne doroczne naukowo-administracyjne posiedzenie w dniu 30. I. (12. II.) 1909.

(Ciąg dalszy).

W pierwszy poniedziałek każdego miesiąca ma się odbywać posiedzenie Wydziału przyrodniczego, a w piątki — posiedzenia ogólne Wydziału lekarskiego. Na posiedzeniach Wydziałów mają odbywać się odczyty specyalne, a na ogólnych — wspólnie interesujące. Uchwalono, aby 10 członków zarządu »Związku« (2 lekarzy) pozostało nadal członkami w »Opiece lekarskiej« przy Towarzystwie dobroczynności. Uchwalono posłów lekarzy Polaków do Rady państwowej i do Dumy zaliczyć do członków rzeczywistych »Związku«. Odczyty nie powinny trwać dłużej nad 30 minut; posiedzenia należy kończyć o godz. 11½ w. Uchwalono sprawić 2 szafy na książki w zakładzie rzemieślniczym ks. Maleckiego.

Z powodu listu prezesa Towarzystwa dobroczynności p. Jastrzębskiego do »Opieki lekarskiej« uchwalono współdziałać w zapobieganiu cholerze. W tym celu »Koło pomocy lekarskiej« zwołało posiedzenie nadzwyczajne, zapraszając członków »Związku«, oraz wszystkich przedstawicieli instytucyi, znajdujących się pod opieką Tow dobr. Obrano komisyę zdrowotną, składającą się: z p. Szym. Dzierzgowskiego (prezes), Prof. Zaleskiego, Dra Wilamowskiego (sekret.), Dra Bykowskiego i p. Chrzanowskiego w celu zbadania stanu zdrowotnego wszystkich instytucyi, pozostających pod opieką Tow. Dobr., Macierzy polskiej, oraz administracyi kościoła św. Katarzyny.

Z powodu jubileuszu powieściopisarza hr. Tołstoja uchwalono przesłać mu list w imieniu »Związku«.

W dniu 21. marca utworzono Wydział farmaceutyczny: p. Chrzanowski (wiceprezes), kand. p. Leśniewska, p. Boharewicz (sekret.). Uchwalono wydrukować blankiety w językach polskim, francuskim i rosyjskim. Celem uczczenia 25-letniej działalności naukowo-społecznej 3 członków »Związku«: Prof. Szawłowskiego, Prof. Ziemackiego, Dra Zakrzewskiego, obrano komisyę, składającą się z Prof. Zaleskiego, Drów Bykowskiego, Ulińskiego, Wilamowskiego i p. Chrzanowskiego. Postanowiono posiedzenie w d. 5. (18.) grudnia poświęcić uczczeniu jubilatów, a po posiedzeniu urządzić ucztę składkową z udziałem pań. Z powodu 50-letniego jubileuszu Prof. Kosińskiego w imieniu »Związku« przesłał Prof. Zaleski jubilatowi depeszę gratulacyjną. Również z powodu 50-lecia Wydziału lekarskiego przy Towarzystwie Przyjaciół nauk w Poznaniu posłano depeszę; na odpowiedź Dr Chłapowski przesłał podziękowanie.

Lista członków »Związku« przedstawia się, jak następuje: lekarzy 132, przyrodników 137, farmaceutów 18, lek. dentystów 11, czł. korespondentów 18.

c) Sprawozdanie sekretarza Wydziału przyrodniczego Doc. Smoleńskiego:

Wobec tego, iż do Wydziału przyrodniczego należą przyrodnicy różnych dziedzin, przeto organizacya odczytów jest nader utrudniona. Prócz tego zespolenie to istnieje nader krótko, dlatego też produktywnie Wydział ten przedstawia się na razie jeszcze skromnie. Posiedzeń Wydział odbył w ciągu roku 3, zaś odczytów naukowych miał 2: Stefana Czarnockiego: »O budowie geologicznej zagłębia Dąbrowskiego« i Leonarda Jaczewskiego: »O źródłach mineralnych typu Narzan«.

d) Sprawozdanie z działalności Wydziału farmaceutycznego przedstawił wiceprezes p. Chrzanowski:

Wydział farmaceutyczny, po 3 odbytych posiedzeniach organizacyjnych, utworzył się na wiosnę 1908 roku. W skład Wydziału wchodzi 18 farmaceutów. Kolega Wadowski odwołał się do znanych mu kolegów farmaceutów w Japonii z prośbą o nadesłanie okazów tamtejszych ludowych środków leczniczych w celu zapoznania z niemi członków »Związku.« — Chrzanowski opracował referaty: 1) Prawodawstwo aptekarskie w Rosyi od czasu założenia pierwszych aptek w 1701 r. do dnia dzisiejszego i 2) Krytyka ustawy farmaceutycznej, oddanej obecnie pod rozważenie Rady medycznej.

e) Sprawozdanie skarbnika »Związku«, Dra Aleksandra Karnickiego.

Dochód: Składek dożywotnich po 50 rb. od 6 członków 300 rb. Składek rocznych po 5 rb., od 130 członków 650 rb. Ofiary na rzecz »Związku« 10 rb. Zebrane na wieniec ś. p. Prof. Mierzejewskiego 22 rb. % od kapitału ogólnego 8 rb. Całkowity dochód 990 rb. Rozchód: Według rachunku drukarni Piątkowskiego 115 rb. 50 kop. Według rachunku prezesa 91 rb. 71 kop. Rachunek sekretarzy 112 rb. 69 kop. Przesłano do Redakcyi »Przeglądu lekarskiego« 100 rb. 2 szafy dla biblioteki 100 rb. Za światło podczas posiedzeń 43 rb. 75 kop. Za wieniec Prof. Mierzejewskiemu 17 rb. Według rachunku p. Piekarskiego za żałobne nabożeństwo po ś. p. Wyspiańskim 12 rb. 50 kop. Według rachunku księgarni polskiej 13 rb. Wydatki drobne 4 rb. 80 kop.

Na 1. stycznia 1909 r. w kasie »Związku« zostaje trzysta siedemdziesiąt dziewięć rubli 5 kop. (379 rb. 5 kop.): kapitał ten składa się ze 300 rb. żelaznego, powstałego według § 7 ustawy ze składek jednorazowych i 79 rb. 5 kop. obrotowego i jest umieszczony w sposób następujący: trzysta pięćdziesiąt rubli na rachunku bieżącym w »Russkim dla wnieszniej torgowli banku« i 29 rb. 5 kop. u skarbnika »Związku«.

f) Sprawozdanie bibliotekarza, Dra Jastrzębskiego:

W kwietniu roku 1908 przeniesiono bibliotekę do lokalu »Ogniska polskiego« i ulokowano w 2 szafach. Otrzymywano w ciągu roku następujące pisma: 1) Przegląd lekarski, 2) Nowiny lekarskie, 3) Medycyna i Kronika lekarska, 4) Czasopismo lekarskie, 5) Przegląd chorób skórnych i wenerycznych, 6) Gazeta lekarska, 7) Lwowski tygodnik lekarski. W listopadzie otrzymała biblioteka dar od wdowy po ś. p. Prof. Mierzejewskim w postaci następujących pism lekarskich: Nowiny lekarskie od 1901—1908 r. Medycyna za 1899, 1900, 1901, 1902, 1903, 1907, 1908 r. (z wyjątkiem niektórych zeszytów). Przegląd lekarski za 1899, 1900, 1901, 1906, 1907, 1908.

Odczytane sprawozdania przyjęto do wiadomości, ale na razie nie zatwierdzono wobec tego, że komisya rewizyjna nie przedstawiła swych wniosków.

III. Doc. Dr K. Noiszewski wypowiedział rzecz p. t.: **Siatkówka i korowy obręb wzrokowy. Powstanie i rozkład wyobrażeń wzrokowych. Halucynacye wzrokowe. Krytyczny rozbiór teoryi Munka.**

Od pewnego czasu w mianownictwie anatomicznem oka i mózgu zaczęto używać wyrazu »rzuty« (projekcye), raz oznaczając tem mianem linie kierunkowe oka, drugi raz włókna korony promienistej w mózgu. W tem ostatniem znaczeniu szczególniej lubiał używać miana »rzuty« Meynert, przypuszczał on bowiem, że mózg jest rodzajem ekranu, na który rzutują się wrażenia całej powierzchni ciała. Anatomia i fizyologia zapożyczyły miana »rzuty« z geometryi wykreślnej, gdzie liniami rzutów punktu przedmiotowego w przestrzeni nazywają dwie prostopadłe, przeprowadzone od tego punktu do dwóch płaszczyzn, ustawionych do siebie pod danym kątem. Zwykle w geometryi wykreślnej biorą płaszczyznę poziomą i pionową. W fizyologii rzutów korowych siatkówek zamiast płaszczyzny poziomej i pionowej mamy płaszczyznę prawą i lewą, więc i rzut przedmiotowego punktu będzie prawym rzutem na płaszczyźnie prawej i lewym rzutem na płaszczyźnie lewej.

W geometryi wykreślnej przyjmują, że dwie płaszczyzny, na które punkt przedmiotowy daje swe rzuty, ciągną się w nieskończoność, żeby każdy przedmiot, nawet największy, mógł być rzutowany na tę płaszczyznę. Co się tyczy siatkówek, to powierzchnie ich nie mogą być uważane za płaszczyzny, a i same powierzchnie są zbyt ograniczone, żeby mogły być uważane za nieskończenie wielkie; ale możemy wziąść dowolnie małą naośną część siatkówki w prawem i lewem oku u podstawy linii spojrzeniowej jako płaszczyznę do tej linii prostopadłej, a następnie powiększać obszar tej płaszczyzny w nieskończoność zmianami położenia płaszczyzny przez zmiany kierunków spojrzeniowych oka. Dzięki miejscozmienności linii spojrzeniowej nawet jeden punkt podmiotowy może wykreślić wszystkie możliwe płaszczyzny i powierzchnie przedmiotowe w przestrzeni. Wyobrażenie każdego przedmiotu składa się z wielkiej liczby spojrzeń, skierowanych w górę, dół, prawo i lewo, a linia łącząca kolejne punkty spojrzeniowe, jest linią, wyobrażającą przedmiot.

Każdy z kolei punkt przedmiotowy zostaje rzucony podwójnym rzutem na te same punkty naosiowe prawej i lewej siatkówki, ale na co raz to inne punkty korowe obrębów wzrokowych półkul mózgowych.

Korę mózgową obrębu wzrokowego możemy przedstawić sobie jako niezmierny układ rzutów linii spojrzeniowej, z których każdy jest środkiem coraz to innego pola widzenia, bo każdemu spojrzeniu odpowiada pole widzenia, właściwe tylko temu spojrzeniu.

Kora obrębu wzrokowego powinna być uważana nie jako siatkówka korowa, która podług Munka i jego szkoły jest tylko powtórzeniem korowem siatkówki oka, ale jako niezmierna ilość półsiatkówek prawych w półkuli prawej i półsiatkówek lewych w półkuli lewej, ułożonych w kierunku biegu linii spojrzeniowej.

Psy z wyciętym środkiem obrębu wzrokowego spo-

sobem Munka, szukając jadła, zwracają głowy na strony nie dlatego, że utraciły możność przyjęcia wrażenia od leżącego na podłodze jadła, ale dlatego, że pies wzrokiem nie może już znaleźć jadła w pokoju, a znajduje węsząc, jak zwierzynę. Zwracanie zaś głowy tłómaczy się w sposób następujący: pies węszący wciąga do nosa prąd woni, płynący w powietrzu; prąd ten następującym po wdechu wydechem byłby odpędzany; dla uniknięcia tego, pies wdycha powietrze z wonią w kierunku płynącej woni, a wydycha w strony od tego prądu.

Uszkodzenie obrębu wzrokowego kory mózgowej sprowadza zaburzenia w ujmowaniu przedmiotów, jest niemożnością wiązania wrażenia z aktem ruchowym, jest rozkładem utworzonych już wyobrażeń wzrokowych i niemożnością tworzenia nowych.

Na wyobrażenie wzrokowe przedmiotu składają się dwa czynniki: wrażenie w siatkówce i akty ruchowe. Wyobrażenie wzrokowe wielkości przedmiotu jest syntezą wielkości obrazu przedmiotu na siatkówce i wielkości napięcia ogniskującego w oku. Im większy jest obraz przedmiotu na siatkówce, tem większym wydaje się nam przedmiot i odwrotnie, im większe jest napięcie ogniskujące (akomodacyjne) w oku, tem mniejszym wydaje się nam przedmiot.

Zupełnie inaczej z powidokami: przedmiot im dalszy, tem wydaje się mniejszy, a powidok im dalszy, tem wydaje się nam większy; w pierwszym przypadku rzędowi obrazów od przedmiotu w siatkówce odpowiada rząd stopni napięcia ogniskującego w oku, w drugim przypadku mamy tylko jeden obraz powidoku w siatkówce, łączony kolejno z różnymi stopniami napięcia ogniskującego w oku.

Wielkość obrazu rzeczywistego przedmiotu na siatkówce zmienia się w zależności od odległości, wielkość obrazu powidoku nie zmienia się na siatkówce.

I chociaż zarówno w pierwszym, jak i drugim przypadku na wyobrażenie wielkości przedmiotu składają się dwa czynniki, ale w przypadku z rzeczywistym przedmiotem wielkość obrazu na siatkówce i wielkość napięcia ogniskującego są zmienne w zależności od odległości przedmiotu; gdy w przypadku z powidokiem zmiennym jest tylko czynnik napięcia ogniskującego, wielkość zaś obrazu powidoku na siatkówce pozostaje bez zmiany.

(Dokończenie nastąpi).

Z wycieczki lekarskiej na południe.

Assuan w górnym Egipcie d. 24. listopada 1909.

Pożegnawszy piękną stolicę Grecyi *), przybyliśmy po kilkudniowej podróży morskiej do Afryki, a mianowicie do Port-Saidu, położonego tuż obok słynnego kanału Lessepsa, a następnie koleją żelazną zdążyliśmy do milionowego, nader zajmującego Kairu. Stolica Egiptu posiada tak dużo wspaniałych meczetów, publicznych gmachów i zbiorów, że wspomnę tylko o nader bogatem muzeum z wykopaliskami i setkami mumii, że konieczną okazało się rzeczą, kilka dni poświęcić zwiedzaniu tych zabytków. Nie zaniedbaliśmy jednak zwiedzić i zakładów leczniczych, zwłaszcza szpitala ewangielickiego, zostającego pod kierunkiem Dra Wilda. Lekarz ten pokazywał nam obok urządzeń szpitalnych dużo przypadków kamicy nerkowej, na którą mieszkańcy Kairu i Egiptu tak samo często zapadają, jak i Grecy, a nadto przypadki tak zwanej »billharzia«, tj. zmian chorobowych w narządach jamy brzusznej, wywołanych przez wnętrzaki (anchylostomum duodenale), na 1 cm długie, które najprawdopodobniej z wodą nilową wnikają do ustroju tubylców i stają się powodem częstych krwotoków, zwłaszcza pęcherzowych. Zdaniem Dra Wilda mieszkańcy Egiptu opierają się jednak bardzo długo zmianom chorobowym, wywoływanym przez te pasorzyty, gdyż widział kilkakrotnie chorych, którzy przez lat 50 na tę chorobę cierpieli. W zakładach klinicznych i muzeach anatomopatologicznych pokazywano nam również spustoszenia w narządach wewnętrznych, wywołane przez te wnętrzaki.

Obecny władca Egiptu Abbas II, jak wiadomo, wychowaniec zakładu Terezyańskiego w Wiedniu, jest gorliwym opiekunem instytucyi lekarskich w swym kraju. Podczas audyencyi, której udzielił 6 delegatom naszej wycieczki, a do których grona i podpisany należał, bardzo wiele mówił o dobrych swych chęciach celem rozbudzenia zaufania ludności arabskiej do europejskich lekarzy. Zakupił on w pobliżu swego pałacu piękną realność w samym środku Kairu i przekształci ją na poliklinikę, do której przyjmowani będą chorzy z wyłączeniem tylko chorób zakaźnych.

Z Kairu udaliśmy się do znanego uzdrowiska, położonego w pobliżu na wydmach piaszczystych pustyni arabskiej, do Helouanu. Pociągi kolei żelaznej odchodzą z Kairu co $^1/_2$ godziny i w 25 minut dosięgają tej osady, która z rokiem każdym coraz to bardziej się rozwija, albowiem zjeżdżają tu liczni chorzy, trapieni przez choroby nerkowe, przez gościec i dychawicę, oraz dotnięci osłabieniem układu nerwowego.

W Helouanie znajdują się kąpiele siarczane, dobrze urządzone, a naturalna ciepłota źródeł siarczanych wynosi 30° C. Wspaniale urządzony jest nowy zakład »Al Hayat«, zbudowany w r. 1903, a rozszerzony przed 2 laty, który z łatwością pomieścił całą naszą drużynę, złożoną ze 114 osób. Zakład ten wznosi się na płaskowzgórzu piaszczystem, 40 metrów nad Helouanem, a 96 metrów ponad poziomem Nilu, oddalonego o 3 kilometry, i pomieścić może 250 osób. Cena całego utrzymania wraz z mieszkaniem wynosi dziennie koło 18 koron (70 piastrów) i wyżej. Tuż naprzeciw stoi budynek, mieszczący w sobie należycie urządzony zakład zanderowski, którym kieruje lekarz z Maryenbadu Dr Premminger (Polak). Nie mogę nie wspomnieć również o pięknej willi polskiej »Wanda«, stanowiącej własność Polki p. W. Bilińskiej, a okolonej pięknym ogrodem. Położenie dobre, tuż prawie naprzeciw zakładu z łazienkami siarczanemi; cena za pokój z utrzymaniem i światłem elektrycznem od $4^1/_2$ rubla wzwyż. Kilkunastu chorych może tu znaleść doskonałe pomieszczenie i czuć się jak w domu u siebie.

Jednostajnie suche i ciepłe, oraz czyste powietrze, niemal wieczna pogoda, brak skoków w ciepłocie, blizkość Kairu, czynią z Helouanu pierwszorzędne uzdrowisko. W styczniu średnia ciepłota najniższa, wynosi bowiem + 13·0 C., (w Palermo na Sycylii + 10·3), w listopadzie + 18·8 (w Palermo + 15·4), w marcu + 17·4 (w Palermo + 12·8).

Według spostrzeżeń, poczynionych przez lekarzy w Helouan, laseczniki gruźlicze giną tu w słońcu już po 6 godzinach. Gruźlica jednak w Egipcie jest bardzo rozpowszechniona i niemal 50% wszystkich zmarłych pada ofiarą tej zarazy, stanowiacej i tutaj klęskę społeczną.

Grono lekarzy w Helouan obdarzyło nas pięknym wykładem o czynnikach leczniczych w tem uzdrowisku, a następnie podejmowało nas w apartamentach »Al Hayatu«.

Wczesnym rankiem z żalem opuszczaliśmy gościnne podwoje »Al Hayatu«, aby podążyć do Nilu, potem do pustyni libijskiej ku lasom palmowym z posągiem Ramzesa III, ku piramidom na Sacharze, a następnego dnia po całonocnej jeździe znaleźliśmy się w słynnym Luxorze nad Nilem. Ruiny Karnaku, groby Faraonów w stubramnych niegdyś Tebach, kolosy Memnona i ruiny świątyń wspaniałych, stanowiły ponętną stronę naszych wycieczek do piaszczystej pustyni. Nie zaniedbaliśmy atoli zwiedzić i tutaj szpitali.

Bardzo nas zajął przenośny szpital namiotowy, zostający pod kierownictwem angielskiego lekarza Dra Callana,

*) Por. artykuł pod tymsamym tytułem w »Przeglądzie lek.« 1909.

a przeznaczony dla chorób ocznych, głównie do zwalczania egipskiego zapalenia oczu. Arabska ludność chętnie się garnie do tych namiotów i poddaje cierpliwie operacyom ocznym. Często napotyka się tu zniekształtnienia powiek, wytworzone przez barbarzyńskie zabiegi niby lecznicze partaczy lekarskich, bo i tutaj jest ich dosyć. Celem uleczenia jaglicy zakładają oni kleszczyki na powieki i wywołują zgorzel ujętych fałdów, skutkiem czego wytwarza się gruba blizna i wywinięcie powieki, a umiejętna pomoc lekarska musi zapomocą operacyi plastycznych przywracać dawną postać zniekształtnionym powiekom. W namiocie przewiewnym, w którym wachlarz, poruszany przez arabskiego posługacza szpitalnego, łagodzi żar południowego słońca, operuje codziennie zrana Dr Callan przez kilka godzin, a następnie kontroluje przebieg gojenia się ran operacyjnych u chorych, leczonych ambulatoryjnie. Zwiedziliśmy również i szpital światowej firmy Cooka, przeznaczony dla służby i robotników, pozostających na usługach tego ogromnego przedsiębiorstwa. Znaleźliśmy tu prawie te same przypadki chorobowe, co i w szpitalach i klinikach w Kairze, t. j. dużo przypadków kamicy nerkowej i wnętrzaków.

W dniu 21. listopada podążyliśmy koleją wązkotorową, zbudowaną przez Anglików r. 1886, do Assouan, położonego nad pierwszą kataraktą nilową. Odległość tego miasteczka od Kairu wynosi blizko 900 kilometrów, a w pobliżu znajduje się już zwrotnik raka. Pięknem jest położenie tej osady, uroczo również tuż nad Nilem wznosi się Hotel Cataracta z pięknym widokiem na okoliczne skały granitowe i piaszczyste wzgórza, na sąsiednie wyspy: Elephantine i wyspę lorda Kitchenera, pełne bujnej flory podzwrotnikowej.

Interesującą była nasza wycieczka do sanatoryum p. Neufeldówny, położonego w pustyni wśród potężnych złomów granitowych, tak rozgrzanych od żaru słońca nawet z końcem listopada, że miało się uczucie dobrze ciepłego naszego pieca, ogrzanego w zimie. Kilka namiotów, opartych o skały granitowe, było już całkowicie urządzonych dla chorych, którzy tu przybywają, aby znaleść ulgę i pomoc w cierpieniach nerkowych, nieżytach oskrzelowych i przypadłościach nerwowych. Każdy namiot posiada zaciszny kąt dla kąpieli słonecznych. Noce są ciepłe, a wiecznie pogodne niebo, zasiane w nocy gwiazdami o niezwykle silnym blasku, usposabia do marzeń i koi rozdrażnione nerwy. Odległość od Assouan wynosi koło 6 kilometrów, a czyto powozem, czyto na koniu arabskim, wielbłądzie lub dobrze tresowanym ośle, można tu dostać się z łatwością. I tu działają w całej pełni te same czynniki lecznicze, co i w Helouan, tylko tu jeszcze cieplej w styczniu i wogóle w zimowych miesiącach, a deszcz pada raz na lat 10, jak twierdzą tubylcy. W pobliżu Assouan znachodzi się słynna wyspa Philae z bardzo piękną świątynią Izydy nad Nilem, do której i wielki Napoleon podążył w czasie swej wyprawy afrykańskiej w r. 1798, oraz wiekopomne dzieło inżynierów angielskich, zbudowane kosztem 100 milionów koron, kamienna grobla z 180 śluzami, regulująca wzbierające fale Nilu, aby w sposób racyonalny rozprowadzić jego wody po kraju egipskim.

Lussinpiccolo dnia 3. grudnia 1909.

Parowcem Mayflower opuściliśmy Assouan i w dniu 25. listopada zdążyliśmy do Luxoru, a wieczorem nazajutrz znaleźliśmy się w przystani Aleksandryjskiej. Wielkie to miasto portowe posiada należycie urządzone kąpiele morskie w Ramleh, gdzie potężne fale morza śródziemnego rozbijają się o skały nadbrzeżne. Po kilkudniowej przeprawie morskiej przybyliśmy do Korfu, które w latach ostatnich wsławiło się przez piękny pałac w stylu greckim, zwany Achilleon, który zbudowała cesarzowa austryacka Elżbieta, wielka miłośniczka piękna, ogromnym nakładem. Z terasy jego roztacza się na morze jeden z najpiękniejszych widoków na świecie. Mimo tak ponętnych stron i ciepłego klimatu wyspa Korfu nie jest eldoradem pod względem zdrowotnym; zimnica i gruźlica zbierają tu często swe ofiary, a dzieci nie wyglądają zdrowo, ani rzeźko.

W dniu 3. grudnia przybyliśmy do portu w Lussinpiccolo i łódkami popłynęliśmy do Csigale, które stanowi jakby przedmieście miasteczka portowego. Pełno tu will w pięknych ogrodach, a droga nadmorska wije się długą wstęgą wśród palm, pinii i sosen amerykańskich. Morze wrzyna się w ląd w postaci czarujących zatok, a przebywający tu chorzy mogą zdala od kurzu ulicznego przechadzać się i wypoczywać na ławeczkach, pojąc się czystem i ciepłem powietrzem morskiem. Lussinpiccolo jest cieplejsze od Lussingrande, które więcej jest narażone na zimne prądy Bory.

Grono lekarzy, praktykujących w Lussinpiccolo, oprowadzało nas po tem uzdrowisku morskiem, które cieszy się coraz to większym napływem chorych i ozdrowieńców, a wieczorem pożegnało nas na pokładzie naszego parowca.

Jutro, t. j. 4. grudnia, kończy się już nasza wycieczka, pełna niezwykłych wrażeń. Zwiedzenie dwóch prastarych kolebek cywilizacyi, greckiej i egipskiej, pozostawiło w umysłach naszych niezatarte wspomnienia. W roku przyszłym ma się odbyć trzecia naukowa wycieczka również w listopadzie, a obejmie Riwierę włoską i francuską, Hiszpanię, Tunis, Algier i Sycylię. Dr Ferdynand Obtułowicz.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Obowiązki sędziego przysięgłego a zawód lekarski.

Skreślił

Dr Adolf Klęsk.

Proszony przez kilku kolegów, zabieram głos w tej sprawie w nadziei, że może pobudzi on dyskusyę, a ta poruszy do działania odpowiednie czynniki. Obowiązek sędziego przysięgłego jest bezwątpienia obowiązkiem obywatelskim i w zasadzie wszyscy na równi spełniać go powinni, a jednak udowodnić nie trudno, że niezmiernie ciężko, a nieraz niepodobna go pogodzić z obowiązkami lekarza. Gdy swego czasu w pewnym sądzie w Austryi w sprawie przetrzymywania godzinami lekarzy w sądzie, pewna grupa lekarzy czyniła starania, by lekarzy przesłuchiwano ze względu na stratę czasu odrazu, prezydent sądu odrzekł, że nie widzi powodów, dla których stan lekarski miałby być więcej faworyzowany od innych. Taksamo zapewne odpowiedzianoby zrazu w sprawie sędziów przysięgłych. Jeżeli sędzią przysięgłym musi być adwokat, inżynier, kupiec i t. p., dlaczegoż nie może być i lekarz?

A jednak to wielka różnica. Pomijam już tu stronę finansową, choć i ta różni się wielce w swej zasadzie w innych zawodach, a w naszym. Tam łatwo znaleść można zastępcę (o ile go dana osoba już i tak nie ma) i opłacić go ryczałtowo. Lekarz, o ile nie ma asystenta, nie może zawsze opłacić zastępcy w ten sposób, lecz musi prosić drugiego kolegę, by za niego praktykę objął. Łatwo się jednak zdarzyć może, np. w małem miasteczku, że lekarz takiego zastępcy nie znajdzie, np. drugi kolega niema czasu, i wtedy właściwie lekarz powołany na przysięgłego musiałby porzucić kasy chorych, szpital i t. p. i pojechać na kadencyę sądową. A przecież nie wolno lekarzom porzucać chorych z jakichkolwiek powodów. Jeżeli lekarz mieszka w wielkiem mieście i jako sędzia przysięgły pozostaje na miejscu, to zdawałoby się, że to może dla lekarza lepiej, a tymczasem rzecz ma się przeciwnie. Chociażby bowiem lekarz przez ten czas odsunął się od praktyki, to przecież bezwarunkowo nieraz wzywać go będą rodziny, w których leczy stale i gdzie mają do niego jedynie zaufanie. Cóżby publiczność powiedziała na to, gdyby lekarz pozwolił umrzeć choremu, oświadczając, że go nie odwiedzi, bo obecnie, jako sędzia przysięgły, nie praktykuje?

Lekarze nie żądają, by stan lekarski był faworyzowany

żądają jednak, by był traktowany sprawiedliwie i by ogół zdawał sobie sprawę z tego, że sama istota zawodu lekarskiego spoczywa na zupełnie innych podstawach, jak w innych zawodach. Czynności naszej niepodobna nigdy z góry przewidzieć, ani obliczyć i przez to nie można jej zawsze bezkarnie na pewien czas wstrzymać, bo na tem tracą obie strony, t. j. lekarz i chorzy, i to chorzy więcej. Wszelkie niespodzianie z góry na stan lekarski narzucone obowiązki, muszą ten stan naturalnie bardzo krępować. Lekarz, wyjeżdżający dla odpoczynku i t. p., czyni to jedynie wtedy, jeżeli może przedtem odpowiednio swe zajęcia pokierować, a nie wyjedzie wcześniej, zanim się nie upewni, że chorzy jego znajdą przez ten czas odpowiednią opiekę zastępczą.

A cóż robić mają chorzy, którzy z dalekich nieraz stron, z nakładem wielkich kosztów przyjeżdżają do lekarza, mając jedynie do niego zaufanie, a ten ich przyjąć nie może?

Z pewnością każdy, nawet największy biurokrata, przemawiałby za zwolnieniem lekarzy od obowiązku przysięgłych, gdyby np. w jego rodzinie odniósł ktoś szkodę na zdrowiu z powodu tego, że lekarz domowy nie mógł przybyć, zasiadając wtedy na ławie przysięgłych. Każdy człowiek po pracy ma prawo wypoczynku, wymagać go ma prawo także i lekarz. A tu, zmęczony całodzienną pracą w sądzie, wraca do domu, nieraz i późno wieczorem i ledwie usiadł, zostaje wezwany do nagłego wypadku. Iść trzeba, — tak nakazuje przecież obowiązek i sumienie! Czyż podobne fakta zdarzyć się mogą w innych zawodach?

Mógłby ktoś podnieść, że przecież są sposoby uwalniania się od obowiązku przysięgłego; sama jednak myśl ta dowodzi jasno, że lekarze mają chyba słuszne powody starać się o zwolnienie ich od tego obowiązku. Gdy lekarze solidarnie poczynają walczyć o swe słuszne prawa, wtedy podnoszą się głosy: »Wasz stan jest zupełnie wyjątkowym, wy musicie nieraz poświęcać się, lecz zato jesteście wolni«. Lecz zaraz potem, gdy chodzi o jednostki, zapomina się o tym »wyjątkowym stanie«, i wysuwa się zasadę, że wszelkie ciężary ponosić musi lekarz taksamo, jak każdy inny obywatel, natomiast nie wolno mu żądać żadnych ulg. Jeżeli twierdzi się, że lekarze »stać muszą ciągle na straży zdrowia ludzkości«, to jakże pogodzić to z przymusem, odrywającym ich na tak długi czas od tego czuwania?

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 16. I. do 22. I. 1910 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Buczacz (Międzygórze 3, Olesza 1, Barysz 6, Hrehorów 2), Horodenka (Niezwiska 2), Jaworów (Wierzbiany 4), Nadwórna (Nadwórna 1), Podhajce (Uwsze 4), Stryj (Dzieduszyce w. 1, Podhorodce 1), Zborów (Zborów 2). Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 16. I. do 22. I. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † 3 (w tem obcych 4 † 2), krztuśca 2, płonicy 6 † 2 (1 † 2), odry 1, duru brzusznego 7 † 4 (6 † 2), inne choroby zakaźne 12. Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 26. XII. 1909 do 1. I. 1910 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 38 † 5, odry 4, płonicy 11, błonicy 5 † 1, róży 14 † 1, duru osutkowego 9, duru brzusznego 11 † 3. (Gaz. lek. Nr 4).

---

† Dr Adam Czyżewicz.

zmarły we Lwowie w dniu 24. stycznia b. r. w 69. roku życia, urodził się w Tarnowie, był wychowankiem Uniwersytetu Jagiellońskiego, gdyż ukończył tutaj studya lekarskie, poczem był asystentem uniwersytetu, najpierw w klinice ś. p. Prof. Dietla, a następnie przez szereg lat w klinice ś. p. Prof. Madurowicza. Przeniósłszy się następnie do Lwowa, zdobył wkrótce rozgłos wybitnego ginekologa, a ciesząc się wielkiem uznaniem ogółu i lekarzy, otrzymał posadę profesora c. k. szkoły położnych i prymaryusza krajowego szpitala przed laty trzydziestu. Na tem polu pracował dzielnie i wytrwale, wychowując całe szeregi wybitnych lekarzy, którym nie szczędził właściwej podpory i zachęty do pracy, by ich jaknajlepiej przygotować do wybranego zawodu. Bardzo długo musiał pracować w warunkach bardzo niekorzystnych, zanim Mu się udało wywalczyć ogromną energią i zapobiegliwością nowy lwowski zakład położniczy, w którym dzisiaj mieści się klinika położniczo-ginekologiczna, ginekologiczny oddział szpitalny i c. k. szkoła położnych.

Oprócz wybitnej pracy zawodowej nie szczędził ś. p. Adam Czyżewicz czasu i energii dla spraw publicznych, czego najlepszym dowodem, że przez czas dłuższy pełnił gorliwie obowiązki radnego miejskiego, a działalność wybitna na tem polu skłoniła Radę, że Go wybrała I. wiceprezydentem miasta Lwowa. Przez jedno sześciolecie był posłem na Sejm krajowy, jako wysłannik ziemi samborskiej. Pracując energicznie w Sejmie, wywalczył w latach siedemdziesiątych stworzenie ustawy o lekarzach okręgowych, dał przeto prawdziwą podwalinę dla unormowania krajowej służby zdrowia.

Prawie od trzydziestu lat był członkiem Krajowej Rady zdrowia, której przez długie lata był duchem i prezydentem. Piastował też godność prezesa Towarzystwa lekarzy galicyjskich, prezesa Towarzystwa ginekologicznego, jakoteż członka Rady nadzorczej Muzeum przemysłowego.

Znakomity lekarz, dzielny przewodnik pracy specyalnej, wybitny ginekolog, posiadał przytem wyjątkowe zdolności finansowe, które pozwoliły mu założyć Bank zaliczkowy i przez długie lata być jego dyrektorem.

Z ś. p. Adamem Czyżewiczem ubywa krajowi znowu jedna wybitna postać lekarza, który nietylko potrafił stanąć i stać na wysokości wiedzy i nauki, ale który także, w niczem nie zaniedbując swych obowiązków, umiał z równą gorliwością oddać się pracy społecznej, a plony na obu tych polach zebrane uwiły Mu piękną wiązankę, którą zamknął dni Swego żywota.

Spokój Jego popiołom!

Stanisław Dobrowolski.

Spis prac naukowych A. Czyżewicza: 1) Sprawozdanie z kliniki poł. gin. Prof. Madurowicza za r. 1867. (Przegląd lek. 1868, 1869). 2) Kalendarz lekarski na r. 1868, Kraków. 3) Kazuistyka położnicza. (Służba zdrowia publ. 1872, T. I.). 4) Sprawozdanie c. k. Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi za r. 1874, Lwów 1876. Tożsamo, za rok 1875 i 1876, Lwów 1879. Tożsamo za r. 1877, Lwów 1880. 5) (— razem z Feiglem). Uterus i vagina septa (demonstracya w Tow. lek. gal. Przegląd lek. 1890). 6) Sposób własny operowania, t. zw. hysterostomatomia (Dziennik III Zj. lek. i przyr. polsk. w Krakowie 1880). 7) O włókniaku macicy (Pamiętn. II Zj. lek. i przyr. we Lwowie 1876). 8) Wiadomości z kliniki Prof. Madurowicza za rok 1865 (Przegl. lek. 1866). 9) Sprawozdanie z kliniki Prof. Madurowicza za r. 1866 (Przegl. lek. 1867). 10) Tyłopochyłość macicy w 5-tym mies. ciąży odprowadzona (Przegl. lek. 1866). 11) O wczesnych i późnych poronieniach (Tow. lek. gal.). (Przegl. lek. 1885). 12) Przypadek ścieśnienia miednicy. Pęknięcie macicy podczas porodu. Laparotomia (post mortem). (Przegl. lek. 1866). 13) Miednica ogólnie zwężona. Zapalenie śródmaciczne. Ekstrakcya. Wymóżdżenie (Przegl. lek. 1866). 14) Sprawozdania c. k. Rady Zdrowia za r. 1878, 1879, 1880, Lwów 1882. Toż za r. 1881 i 1882, Lwów 1884. Toż za r. 1885, Lwów 1887. 15) Życiorys Biesiadeckiego (Przegl. lek. 1889). 16) O cięciu cesarskiem. (Przegląd lekarski 1893). 17) Dalsze dwa przypadki cięcia ces. z pomyślnym przebiegiem (Przegl. lek. 1895).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Prof. Bujwid zamianowany został członkiem Rady dla nadzoru nad obrotem środków spożywczych w Wiedniu.

— Kol. Dr Zenon Grossek złożył na fundusz wdów i sierot im. ś. p. Jordana przy Związku krajowym lekarzy kwotę 12 kor.

Z różnych stron. W Wiedniu rozpoczęło wychodzić pod redakcyą Dra S. Schwarzbarta osobne pismo, poświęcone chorobom serca i naczyń p. t. »Centralblatt für Herzkrankheiten und die Erkrankungen der Gefässe«.

— III międzynarodowy Zjazd laryngologiczny ma się odbyć w r. 1911 w Berlinie, z końcem sierpnia lub początkiem września. Wyjaśnień udziela sekretarz komitetu Prof. Rosenberg (Berlin NW 6, Schiffbauerdamm 26).

— Dyplom doktora medycyny uzyskał w Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu lekarz z Ciechanowa p. Martynian Zienkiewicz, po obronie rozprawy p. t. »Wpływ zakażenia na niektóre składowe części krwi«.

— Redakcya »Journal of the Amer. med. Association« ogłasza wezwanie, aby autorowie prac lekarskich podawali zawsze przy swem nazwisku początkowe litery imienia i miejsce zamieszkania. Bez tego bowiem żadna bibliografia nie może być dokładna, jak również nie może być wykonane słuszne żądanie, aby autorowie, krytykujący cudze prace, przesyłali swe prace autorom krytykowanym.

Redakcya otrzymała: Skalski: Rady i wskazówki dla żon i matek. Wydanie II. Nakładem Towarzystwa akcyjnego fabryki Heinzla i Kunitzera w Łodzi. (Broszura popularno-higieniczna, rozdawana pracownikom fabryki). — Nowicki W.: 1) Badania nad istotą chromochłonną nadnerczy zwierząt i ludzi w schorzeniach nerek. »Gaz. lek.« 1909. 2) Nowotwory w świetle najnowszych badań. 3) Wyrostek robaczkowy przy durze brzusznym, »Tyg. lek.« 1909. 4) Über chronisch entstehendes Gasbläschenemphysem. »Virchows Archiv«. 1909. — Higier: 1) Zum Artikel von Prof. Adamkiewicz: »Pathologie der bilateralen Funktionen«. »Neur. Centrbl.« 1909. 2) Z patologii chorób mięśni wrodzonych, dziedzicznych i rodzinnych. 3) Klasyfikacya idyotyzmu. »Gaz. lek.« 1909. 4) Patologia chorób dziedzicznych. 5) Odruchy skórne w udarze mózgowym. »Med. i Kron. lek.« 1909. — M. Selzer: 1) Wyniki leczenia w uzdrowisku ludowem w Hołosku. »Tyg. lek.«. 2) Towarzystwo walki z gruźlicą »Słowo polskie« 1909.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Nowo-pyrenol. (Neu-Pyrenol). Dr Schreiber. O leczniczej wartości nowo-pyrenolu w chorobach narządów oddechowych, szczególnie w dychawicy, w rozedmie płuc, w krztuścu i w grypie. (Deut. Aerzte Zg. Z. 17. 1909).

Nowo-pyrenol, przetwór opatentowany, identyczny z pyrenolem, okazał się skutecznym środkiem w leczeniu nieżytu i zapalnych cierpień oskrzeli, jak również w rozedmie i w dychawicy, ponieważ oprócz własności wykrztuśnych, jest zarazem przetworem przeciwgnilnym i przeciwzapalnym. Nowo-pyrenol jest tymolem, któremu nadano rozpuszczalność w wodzie przy pomocy paradioksybenzolu, z dodatkiem kwasu będźwinowego. Jako przetwór wolny od szkodliwych działań ubocznych, może nowopyrenol być stosowany przez czas dłuższy bez przyzwyczajenia się i nie działa zbiorowo, a niebezpieczeństwo zapadu jest wyłączone, gdyż jako środek przeciwgorączkowy działa nowopyrenol stopniowo, co ma szczególne znaczenie przy grypie i zapaleniu płuc. W krztuścu zmniejsza i łagodzi napady kaszlu. — Dawka dla dorosłych: 6 r. dz. à 0·5 gr. — dla dzieci: 4—6 r. dz. 0·1—0·3 gr. W potrzebie szybkiego działania (w dychawicy) można przy rzadszem podawaniu zwiększyć dawkę jednorazową nowopyrenolu do 1 grama. Hr. W.